



Omsorgsboliger D

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT 7-2022

TJENESTETILBUDET TIL HJEMMEBOENDE ELDRE

ULLENSAKER KOMMUNE

APRIL 2022

INNHold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstillinger	1
1.3 Avgrensninger	2
1.4 Rapportens oppbygging	2
2 Metode og datagrunnlag	3
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	3
2.2 Dataenes pålitelig og gyldighet	5
3 Hjemmetjenesten og utvikling i antall eldre	6
3.1 Helse- og omsorgstjenesten i Ullensaker kommune	6
4 Revisjonskriterier	9
4.1 Dreining av tjenestetilbudet innen helse og omsorg	10
4.2 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester	13
5 Dreining av tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov	16
5.1 Dreining av tjenestetilbudet	16
5.2 Tilbud om omsorgsboliger til eldre	24
5.3 Dagtilbud til eldre og personer med demens	32
5.4 Kompetanse om demensomsorg i hjemmetjenesten	34
5.5 Bruk av velferdsteknologi	38
5.6 Revisjonens vurderinger	41
6 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester	43
6.1 Rutiner og praksis for vurdering av bistandsbehov	43
6.2 Kommunens rutiner for tildeling av tjenester	49
6.3 Tilrettelegging for brukermedvirkning	51
6.4 Støtte til pårørende med omfattende omsorgsoppgaver	53
6.5 Revisjonens vurderinger	55
7 Konklusjon og anbefalinger	57
7.1 Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk, slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?	57
7.2 Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning?	57
7.3 Anbefalinger	58

8 Litteratur- og kildeliste	59
Vedlegg - Kommunedirektørens høringssvar	62

Tabell 1 Antallet personer av hjemmetjenester 67-79 år og over 80 år som mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i Ullensaker kommune	8
Tabell 2 Antall omsorgsboliger per 01.10.2021	29
Tabell 3 Antall hjemmeboende eldre over 67 år med velferdsteknologi i hjemmet, per 01.10.21	38

Figur 1 Fordelingen av respondentenes fagbakgrunn	5
Figur 2 Organisasjonskart for helsevern- og sosialomsorg.....	6
Figur 3 Kommunens befolkningsprognose	7
Figur 4 Endret utgiftsbehov demografi – Ullensaker kommune 2021–2031.....	17
Figur 5 Behov for botilbud med trygghet og heldøgnsomsorg/pleie.....	26
Figur 6 Tiltakstrappen Ullensaker kommune fra 2017	27
Figur 7 Ullensaker kommunes innsatstrapp	28
Figur 8 Utdrag fra prosedyre om saksutredning	44
Figur 9 Utdrag fra prosedyre om vurdering	45

Diagram 1 Netto driftsutgifter innen PLO til hjemmeboende, i prosent	18
Diagram 2 Utviklingen i antall vedtak om tjenester i hjemmet og i institusjon	19
Diagram 3 Dekningsgraden i institusjon, i prosent av innbyggere 80 år og over 20	
Diagram 4 Tilrettelegging for hjemmeboende	22
Diagram 5 Tilbudet om omsorgsboliger	30
Diagram 6 Dagaktivitetstilbud	34
Diagram 7 Ansattes funksjon hos personer med demens	36
Diagram 8 Ansattes opplæring i demens, i antall	36
Diagram 9 Ansattes opplevelse av kartleggingen.....	48
Diagram 10 Pårørendes forventninger til hva ansatte skal utføre av oppgaver, samsvarer med det vi utfører, i prosent.....	54

SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om det er lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud til hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov. Revisjonens hovedproblemstillinger har vært om kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem, og om kommunen tildeler tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning.

Hovedfunn

1. Kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre kan få omfattende bistand i eget hjem.
2. Kommunen har utfordringer med å etablere boligtilbud til eldre i henhold til kommunens innsatstrapp.
3. Kommunen har i for liten grad sikret tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte i alle avdelingene som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet.
4. Kommunen tildeler tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning, men det er noen svakheter i arbeidet.

Undersøkelsen viser at kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet slik at flere eldre kan få omfattende bistand i eget hjem. Kommunen har blant annet dagaktivitetstilbud til eldre, deltar i prosjektet «Leve hele livet», og har tatt i bruk flere velferdsteknologiske løsninger. Kommunen er også i ferd med å etablere omsorgsplasser, dvs. omsorgsboliger med bemanning. Undersøkelsen viser imidlertid at kommunen har utfordringer med å ta i bruk disse omsorgsplassene etter intensjonen om fast bemanning. Revisjonen vil understreke viktigheten av at kommunen dimensjonerer et bo- og omsorgstilbud i tråd med kommunens innsatstrapp som tar høyde for utviklingen i befolkningssammensetningen, for å ivareta forsvarligheten i tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov.

Kommunen har etablert dagtilbud til eldre, blant annet eget tilbud til personer med demens. Revisjonens konklusjon er at kapasiteten er sårbar særlig når det gjelder et tilstrekkelig tilbud for personer med demens. Videre har kommunen i for liten grad sikret tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte i alle avdelingene som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne. Undersøkelsen tyder samtidig på at kommunen blant annet har et potensiale med hensyn til å gi informasjon om velferdsteknologi til brukerne.

Kommunen tildeler tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning. Revisjonen fant imidlertid noen svakheter blant annet med hensyn til uklart ansvarsforhold mellom hjemmetjenesten og tildelingsenheten om kartleggingen av nye brukere, og

tverrfaglighet i arbeidet med å kartlegge brukernes behov. Undersøkelsen tyder også på at det er et potensiale for å forbedre brukermedvirkningen i tjenesteutøvelsen.

Kommunen har iverksatt tiltak for å sikre pårørendestøtte. Undersøkelsen tyder likevel på at kommunen har et potensiale for å forbedre tilbudet. Det er blant annet en mangel at kommunen ikke har som praksis å fatte vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning.

Anbefalinger

Kommunedirektøren bør sette i gang tiltak, eller følge opp allerede innførte tiltak, for å

- intensivere arbeidet med å utvikle ulike boligtilbud til eldre i henhold til kommunens innsatstrapp
- styrke dagaktivitetstilbudet til eldre og til personer med demens
- sikre tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet
- gi mer informasjon om velferdsteknologi til brukerne
- sikre god praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov
- forbedre brukermedvirkningen
- forbedre pårørendestøtten til personer med omfattende omsorgsoppgaver, herunder å fatte vedtak for å sikre pårørende rett til opplæring og veiledning

Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Høringssvar er mottatt 26.04.2022 og er i sin helhet vedlagt rapporten. Revisjonen har i e-post mottatt en tilbakemelding fra kommunen på faktagrunnlaget i rapporten. Det er foretatt en mindre justering i samsvar med tilbakemeldingen. Kommunedirektøren slutter seg til revisjonens anbefalinger i rapporten, og opplever at disse er i tråd med de satsningene sektoren jobber med.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Ullensaker stiller i sin risiko- og vesentlighetsanalyse for 2019–2023 spørsmål ved om kommunen klarer omstillingen av tjenesteproduksjonen for å møte den store veksten i andel eldre (Ullensaker 2020a). På denne bakgrunn bestilte kontrollutvalget 17.6.21 (sak 33/21) et forvaltningsrevisjonsprosjekt innenfor området tjenestetilbud til de eldre, og ba revisjonen legge frem en prosjektplan basert på diskusjonen i møtet. Utvalget var i møtet særlig opptatt av dreining av tjenestetilbudet, ivaretagelse av brukermedvirkning og kompetansekrav knyttet til økende demens. Prosjektplanen ble vedtatt 9.9.21 (sak 40/21).

SSBs befolkningsframskriving for Ullensaker kommune predikerer at andelen eldre over 80 år vil mer enn fordoble seg fram mot år 2040. I prevalenstall for omfanget av demens i befolkningen, forventes det at antall personer med demens i kommunen vil stige fra 523 i 2020 til 1175 i 2040 (Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse 2021). I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom (FHI 2021). Over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. Samtidig bor de aller fleste med demens hjemme, og ikke på sykehjem (Gjøra et. al 2021).

Kommunen har som målsetning at flere skal få mulighet til å bo trygt og godt hjemme til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Begrunnelsen for dette er både at de fleste ønsker å bo hjemme fremfor i institusjon, men også fordi det er nødvendig for å skape en bærekraftig økonomi (Ullensaker 2020c). For å dreie tjenestetilbudet i denne retningen har kommunen utviklet ulike tiltak i en innsatsstrapp¹ som blant annet innebærer økt satsning på tidlig innsats og ulike boligtilbud.

Om brukere skal gis tjenester på et lavere nivå enn tidligere, blir det spesielt viktig at tilretteleggingen av tjenestetilbudet er et reelt alternativ til institusjonsbasert omsorg, det vil si at tilbudet som gis fortsatt er forsvarlig, og at samhandling og oppfølging bidrar til å sikre den enkeltes behov.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om det er lagt til rette for et forsvarlig og effektivt tjenestetilbud til hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov.

Informasjonen fra undersøkelsen kan gi kontrollutvalget og kommunestyret kunnskap som er aktuell med hensyn til å vurdere om kommunen klarer omstillingen av tjenesteproduksjonen for å møte veksten i antall eldre, samt gi grunnlag for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

¹ Se figur 7 side 28

Undersøkelsen har følgende hovedproblemstillinger:

1. Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?
2. Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning?

Under problemstilling 1 undersøker vi nærmere hvordan kommunen legger til rette for at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo lengst mulig hjemme. Vi ser på om kommunen har startet gjennomføring av en dreining av tjenestetilbudet. Vi ser på kommunens tilbud om omsorgsboliger og dagtilbud til blant annet personer med demens, samt kompetansen om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Til slutt ser vi på informasjonen om og bruken av velferdsteknologi.

Under problemstilling 2 undersøker vi kommunens rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov. Vi ser også på om kommunen har etablert kriterier for tildeling av tjenester og hvordan kommunen jobber med brukermedvirkning og pårørendestøtte.

1.3 Avgrensninger

Undersøkelsen er rettet mot tjenester til hjemmeboende eldre med omfattende bistandsbehov. Med eldre definerer vi det som brukere med alder over 67 år.

For eldre hjemmeboende over 67 år med omfattende bistandsbehov utgjør hovedtyngden av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet; hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det er disse tjenestene som i størst mulig grad må styrkes og omstilles for å kunne gjennomføre en dreining av tjenestetilbudet slik at flere kan bo lengre hjemme. Denne undersøkelsen er derfor hovedsakelig avgrenset til hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og praktisk bistand), men også viktige tilbud som omsorgsboliger, dagsenter til eldre og personer med demens, pårørendestøtte og undersøkelse av kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester inngår i undersøkelsen.

1.4 Rapportens oppbygging

Kapittel to beskriver hvilke metoder revisjonen har benyttet for å innhente data i undersøkelsen. I kapittel tre gir vi noe bakgrunnsinformasjon om hjemmetjenesten og utviklingen av antall eldre i Ullensaker kommune. I kapittel fire følger en samlet fremstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. Kapittel fem redegjør for fakta og vurderinger knyttet til prosjektets første problemstilling. Kapittel seks redegjør for fakta og vurderinger knyttet til prosjektets andre problemstilling. I kapittel syv framkommer rapportens konklusjoner og anbefalinger.

2 METODE OG DATAGRUNNLAG

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt i styret i NKRF – kontroll og revisjon i kommunene. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

For å sikre et bredt og godt datagrunnlag har revisjonen benyttet flere ulike metoder for å besvare problemstillingene. Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervju og spørreundersøkelse blant ansatte. Videre benyttes statistiske data, blant annet hentet fra KOSTRA og kommunens egen rapportering.

Revisjonen sendte oppstartsbrev 15.9.21 og avholdt oppstartsmøte med kommunen 12.10.21. Et utkast til revisjonskriterier ble sendt kommunen med mulighet for uttalelse 13.10.21. Rådgiver i kommunaldirektør for helse- og sosialomsorg sin stab har vært revisjonens kontaktperson i forbindelse med undersøkelsen.

Perioden for datainnsamling har vært fra oktober 2021 til februar 2022.

2.1.1 Dokumentanalyse

Skriftlig dokumentasjon er en viktig kilde for informasjon om kommunens rutiner og praksis. Revisjonen foretok dokumentbestilling 13.10.21 og har i flere omganger mottatt dokumentasjon fra administrasjonen. Revisjonen har gjennomgått oversendt dokumentasjon og analysert disse opp mot revisjonskriteriene.

Kommunen ved administrasjonen har også besvart skriftlige spørsmål fra revisjonen som ble oversendt samtidig med dokumentbestillingen. Det er også stilt oppfølgingsspørsmål og etterspurt enkelte dokumenter i etterkant i e-postkontakt med administrasjonen.

Revisjonen har også hentet dokumenter fra kommunens egen nettside, herunder dokumenter fra behandlingen av politiske saker i møter i politiske utvalg i kommunen.

2.1.2 Intervjuer

Revisjonen har gjennomført intervjuer med avdelingsledere i hjemmetjenestene i de tre hjemmetjenesteavdelingene i kommunen. Revisjonen har intervjuet leder for tildelingsenheten, rådgiver i kommunaldirektørens stab, prosjektleder velferdsteknologi, demenskoordinator, leder for eldrerådet og pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken.

Intervjuene ble i hovedsak gjennomført i november 2021. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det i forkant av intervjuene ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål. Etter våre vurderinger passet delvis strukturert intervjuform godt for

denne undersøkelsen, ettersom vi da har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Det ble i etterkant skrevet referater fra intervjuene som er verifisert av de intervjuede. Referatene har vært en del av datagrunnlaget i rapporten.

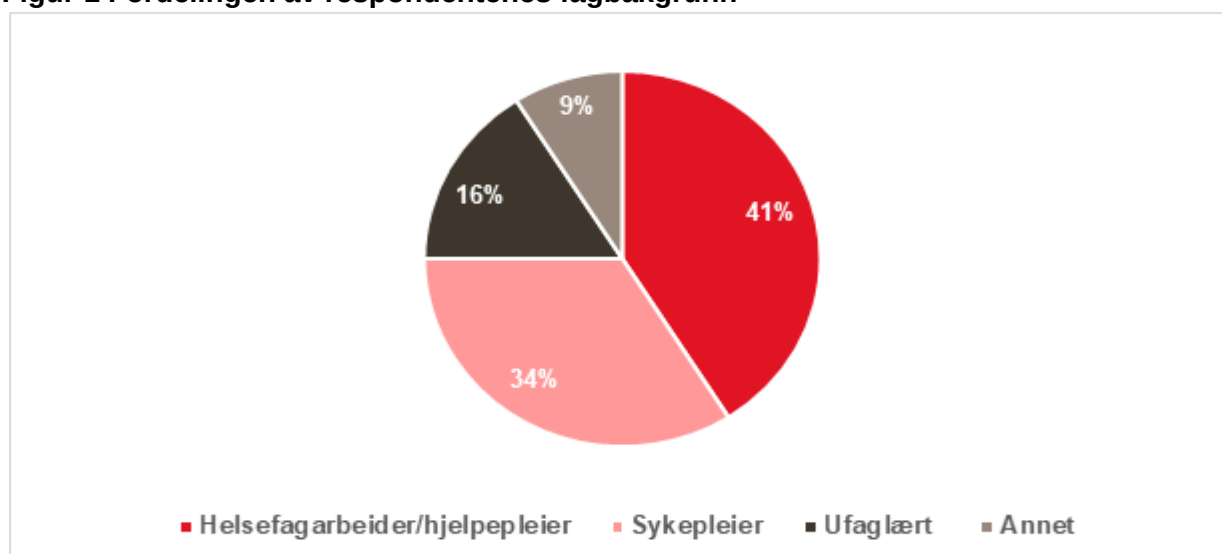
2.1.3 Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte i kommunens hjemmetjeneste². Gjennom denne metoden kunne vi innhente systematiske data om ansattes oppfatninger. En utfordring med tanke på gyldighet i spørreundersøkelser er å utforme spørsmålene på best mulig måte for å kunne få så relevant informasjon for våre problemstillinger som mulig. Vi har arbeidet grundig med spørsmålsformuleringer, og i spørreundersøkelsen også tatt med noen åpne spørsmål der respondentene kan legge til utfyllende informasjon, noe som også kan ha vært med på å øke mulighetene for høy gyldighet i undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble tilrettelagt i spørretjenesten SurveyXact, og sentrale tema var tilrettelegging for hjemmeboende, rutiner for kartlegging av bistandsbehov og brukermedvirkning. Undersøkelsen ble på bakgrunn av e-postliste over ansatte sendt ut 2.11.21, med svarfrist 17.11.21, samt at fristen ble utsatt i tre omganger, med siste frist 13.12.21. 74 av 111 ansatte gjennomførte hele undersøkelsen, noe som gir en samlet svarprosent på 67. I tillegg er det åtte ansatte som kun har besvart de første spørsmålene i undersøkelsen. Det vil si at svarprosentene varierer fra 67 til 74, og antall respondenter som har svart på ulike spørsmål oppgis som N= underveis i rapporten. I dialog med administrasjonen ble det fjernet enkelte respondenter fra listen som ved en feiltagelse var ført opp til tross for at disse var langtidssykemeldt eller i praksis jobbet svært lite og dermed ikke skulle fått tilsendt undersøkelsen i utgangspunktet. Revisjonen vurderer at svarprosenten er tilfredsstillende både totalt og for den enkelte hjemmetjenesteavdeling, og gir representative svar.

Figur 1 nedenfor viser fordelingen av respondenter på variabelen fagbakgrunn.

² Vi ba om at spørreundersøkelsen ble besvart av alle ansatte unntatt avdelingsleder som jobber i hjemmetjenesten (praktisk bistand/hjemmehjelp og hjemmesykepleie) i perioden undersøkelsen skulle gjennomføres og som ikke var på ferie, permisjon, langtidssykefravær eller lignende, med unntak av ev. vikarer fra eksterne vikarbyrå..

Figur 1 Fordelingen av respondentenes fagbakgrunn

Kilde: RRI 2021, (N=79)

Figur 1 viser at helsefagarbeidere/hjelpepleiere utgjør den største andelen blant de ansatte som har svart på undersøkelsen, og at 25 prosent av respondentene har oppgitt at de enten er ufaglærte eller har annen fagbakgrunn/tittel. Blant de syv som har svart "annet", oppgir tre "pleiemedarbeider", som tittel.

2.2 Dataenes pålitelig og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen.

Et problem med datagrunnlaget kan være at vi ikke finner tilstrekkelig informasjon gjennom de dokumentene vi har etterspurt. Dette problemet er redusert ved hjelp av metodetriangulering, det vil si å bruke flere ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene. Dette er utført gjennom intervjuer, spørreundersøkelse og dokumentgjennomgang. Ved å kombinere ulike metoder for å belyse samme fenomen kan forholdene beskrives fra flere sider. Dersom inntrykket vi får er lignende ut fra bruk av flere metoder styrkes kvaliteten og gyldigheten til undersøkelsen.

Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

3 HJEMMETJENESTEN OG UTVIKLING I ANTALL ELDRE

I dette kapitlet presenterer vi viktig bakgrunnsinformasjon som en kort beskrivelse av organisering av hjemmetjenesten i Ullensaker kommune, kommunens befolkningsprognose og antallet brukere i hjemmetjenesten.

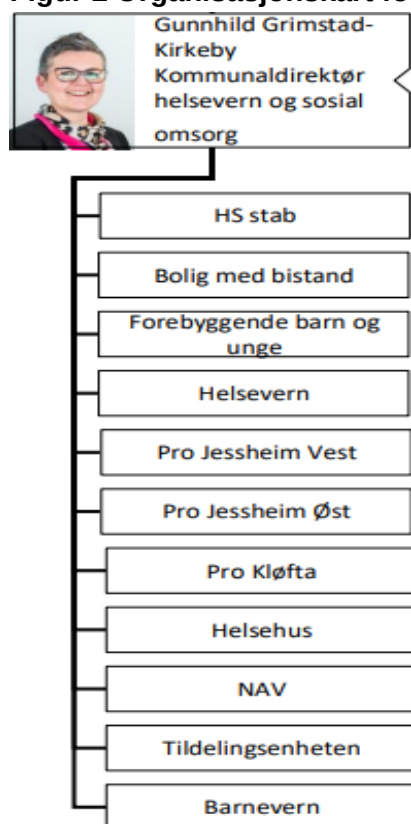
3.1 Helse- og omsorgstjenesten i Ullensaker kommune

Hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og praktisk bistand) er lokalisert i egne avdelinger i tre resultatenheter; PRO Jessheim Vest, PRO Jessheim Øst og PRO Kløfta. Ansvar for tildeling av helse- og omsorgstjenester ligger til tildelingsenheten. Demenskoordinator og demensrådgiver er stillinger som er tillagt PRO Jessheim Vest, disse gir tilbud i hele kommunen.

Hjemmetjenestavdelingen ved PRO Jessheim Vest med ledere besto i november 2021 av omtrent 47 årsverk, PRO Jessheim Øst omtrent 26 årsverk og PRO Kløfta omtrent 23 årsverk. I tillegg hadde avdelingene en rekke vikarer.

Figur 2 nedenfor viser organisasjonskart for enhetene innen hovedutvalgsområdet helsevern og sosial omsorg i Ullensaker kommune, hvor de tre PROene og tildelingsenheten tilhører.

Figur 2 Organisasjonskart for helsevern- og sosialomsorg

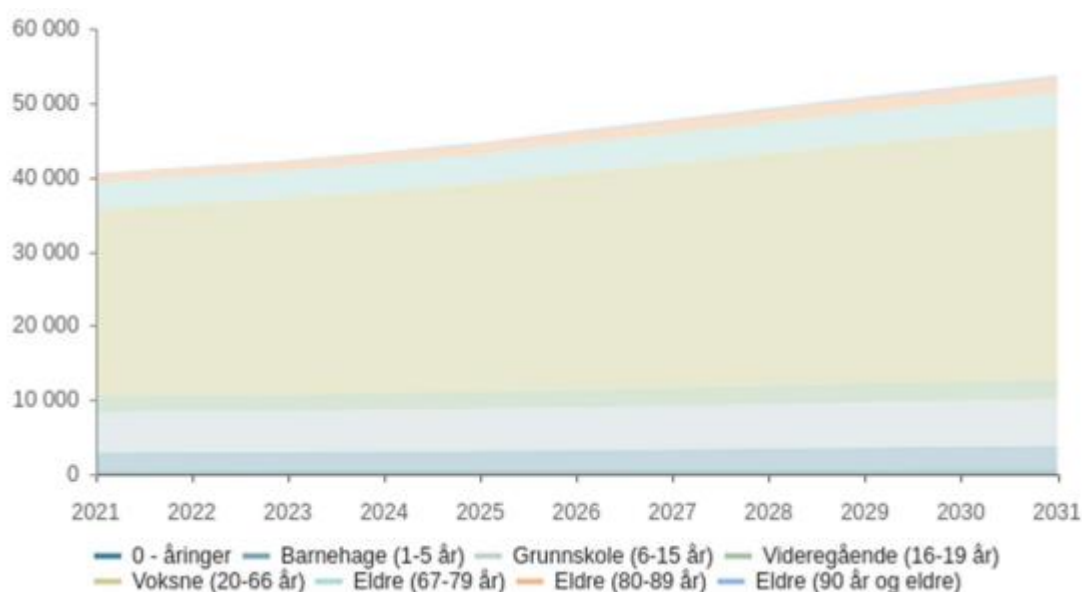


Kilde: Ullensaker kommune 2021a

Det er forventet at det vil bli flere eldre i kommunen de neste tiårene, slik figur 3 nedenfor viser.

I figur 3 nedenfor vises kommunens befolkningsprognose fordelt på alderskategorier.

Figur 3 Kommunens befolkningsprognose



Kilde: Ullensaker kommune 2021a³

Figur 3 viser totalt sett en økning i befolkningen fram mot 2031. Kommunen understreker imidlertid at alle befolkningsframskrivninger er usikre, og generelt kan det sies at usikkerheten øker jo mindre grupper som framskrives og jo lenger tidsperspektiv man benytter (Ullensaker 2021a).

Befolkningsprognosen viser at for eldre 67-79 år, var det 3536 personer ved inngangen til 2021. Anslaget er at denne aldersgruppen vil utgjøre om lag 4400 personer i 2030.

For eldre 80-89 år, var det 1054 innbyggere ved inngangen til 2021. Antall innbyggere i alderen 80 til 89 år antas å øke til om lag 1900 i år 2030.

Ved inngangen til 2021 var det 183 personer over 90 år i Ullensaker. I år 2030 antas det å bli om lag 300 personer over 90 år i kommunen.

³ Budsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025, side 14. Befolkningsframskrivingene som ligger til grunn for budsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025, ble utarbeidet våren 2021.

Tabell 1 nedenfor viser antall eldre som mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i Ullensaker kommune i perioden 2019-2021⁴.

Tabell 1 Antallet personer av hjemmetjenester 67-79 år og over 80 år som mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i Ullensaker kommune

	2019	2020	2021
Hjemmesykepleie			
67-79 år	218	248	244
Over 80 år	413	406	380
Praktisk bistand			
67-79 år	101	147	157
Over 80 år	216	295	271

Kilde: Ullensaker kommune 2021. Tall for 2021 er til og med 21.10.21.

Vi ser av tabell 1 at det er i kategorien over 80 år det er flest mottakere av hjemmetjenester og praktisk bistand i kommunen. Mottakere av praktisk bistand har økt fra 2019 til 2021⁵. Det har ikke vært tilsvarende økning i antallet mottakere av hjemmesykepleie.

⁴ Tall er oppgitt av Ullensaker kommune 2021. Tall for 2021 er til og med 21.10.21.

⁵ For gruppen over 80 år er det nedgang fra 2020 til 2021.

4 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er normer og krav som stilles til kommunens virksomhet på området som er omfattet av en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed målestokken som kommunens praksis vurderes opp mot. Revisjonskriterier kan utledes fra lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området.

I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov 2. oktober 1967 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)
- Forskrift 13. juni 2017 nr. 802 om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og venteliste, Ullensaker kommune, Akershus (Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, Ullensaker)
- Prop. 99 L (2015-2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*
- Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)*
- Helsedirektoratet (2015): *IPLOS-registeret Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Veileder IS-1112.
- Helsedirektoratet (2016): *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Rapport IS-2416.
- Helsedirektoratet (2020): *Demensplan 2025*
- Helsedirektoratet (2017): *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Rapport IS-2557.
- Helsedirektoratet (2016/2017): *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Veileder IS-2442.
- Helsedirektoratet (2018): *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester Kriterier for tildeling av omsorgstjenester - Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier*. Rapport IS - 2391
- Helsedirektoratet (2020): *Demens. Nasjonal faglig retningslinje*.
- Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017): «HELDØGNS» *Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*.
- Ullensaker kommune (2017) *Strategidokument «Pleie, rehabilitering og omsorg», 2017 med årlig rullering*.
- Ullensaker kommune (2019) *Budsjett 2020/Økonomiplan 2020-2023*
- Ullensaker kommune (2020) *Kommuneplanens samfunnsdel 2020-2030*
- Ullensaker kommune (2020) *Budsjett 2021/Økonomiplan 2021-2024*

I dette kapitlet utledes revisjonskriterier for undersøkelsens to problemstillinger. Problemstillingene er redegjort for i kapittel 1.2 *Formål og problemstillinger*.

4.1 Dreining av tjenestetilbudet innen helse og omsorg

4.1.1 Nødvendige helse- og omsorgstjenester

Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Det framgår av helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, første ledd, at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Ansvarer som kommunen har etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift jf. helse- og omsorgstjenestelovens §3-1, tredje ledd.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller også krav om forsvarlighet, som innebærer at tjenestene skal være helhetlige, koordinerte og ivareta verdighet for den enkelte bruker/pasient jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 4-1. Forsvarlighetskravet setter rammer for utforming, organisering, omfang og tidspunktet for iverksettelse av tjenestene.

4.1.2 Kommunal strategi

I 2017 vedtok kommunestyret i Ullensaker et strategidokument for pleie, rehabilitering og omsorg. Et overordnet mål i strategien er å «legge til rette for at den enkelte innbygger skal kunne ta vare på egen helse, og bo med god livskvalitet i eget hjem, så lenge som mulig». For å dreie tjenestetilbudet i denne retningen skisserer strategidokumentet ulike tiltak i en tiltakstrapp med seks ulike trinn, og som innebærer økt satsning på tidlig innsats og på hjemmebaserte tjenester.

Det framgår av strategien at:

En dreining av tjenestetilbudet mot økt satsing på hjemmetjenester, vil kunne utsette behov for institusjonsplass. Omsorgsboliger med og uten heldøgns omsorg vil være et virkemiddel for at den enkelte kan klare seg lengst mulig i eget hjem

Strategien nevner også dagsentertilbudet som et viktig forebyggende tiltak for at brukerne skal kunne bo og fungere hjemme lengst mulig, herunder også dagsentertilbud for personer med ulike demensdiagnoser. Fra og med 2020 er et dagaktivitetstilbud til personer med demens lovfestet jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, syvende ledd.

I april 2020 vedtok kommunestyret kommuneplanens samfunnsdel for 2020-2030 som fra dette tidspunktet er kommunens fremste strategidokument også innen pleie, rehabilitering og omsorg. Her framkommer det at alderspyramidene blir mer og mer topptunge i årene framover. Samfunnsdelen beskriver videre at kommunen må ta på alvor et utviklingstrekk som innebærer at forsørgerbyrden på den yrkesaktive delen av befolkningen vil øke betydelig i åren som kommer, som et resultat av at eldre innbyggere har behov for flere tjenester enn yrkesaktive innbyggere. Det betyr ifølge samfunnsdelen at kommunen må produsere tjenestene mer effektivt, samt være nyskapende og

omstillingsdyktige. Kommuneplanen trekker fram at det er viktig å tenke nytt om innholdet i tjenestene og om hvordan tjenestene skal utføres. Et hovedmål er ifølge kommuneplanens samfunnsdel å skape «[b]ærekraftige tjenester gjennom varme menneskemøter og smart bruk av teknologi». Tjenesteinnovasjon og «[s]amhandlingsformer som ivaretar medborgerens potensiale til å mestre eget liv» beskrives som viktige strategier for å nå målet (Ullensaker 2020b).

I Ullensaker kommunes budsjett 2020/økonomiplan 2020-2023 framkommer det at en prioritert oppgave i økonomiplanperioden er «å legge til rette for at flest mulig kan mestre eget liv med fokus på den enkeltes ressurser. For pleie- og omsorgstjenestene innebærer dette en satsning på at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig med nødvendig tilrettelegging, hjelp og bistand.»

I forbindelse med gjennomføring av en planlagt dreining fra institusjonstenkning til hjemmetjenester og varierte boligtyper, viser økonomiplanen til en ny innsatstrapp med flere trinn og denne er gjengitt i kapittel 5.2.3 i figur 7. Tilgang til varierte boligtyper, fra omsorg+ boliger til bemannet bolig med spesialisert kompetanse, er en viktig satsning hvis intensjonen med innsatstrappen skal oppnås.

4.1.3 Heldøgns tjenester i hjemmet

Retten til heldøgns tjenester er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a at kommunen skal gi kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Det vil si at pasienten får helsetjenester i hjemmet i påvente av et institusjonsbasert tilbud. Kommunestyret i Ullensaker vedtok en slik forskrift i juni 2017. Tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er definert i forskriften som «kommunal bolig hvor det ytes døgnkontinuerlig hjelp eller tilsyn i regi av kommunen». Boligen skal blant annet ha fast tilknyttet personell hvor beboerne kan nå de ansatte på kort varsel.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017) framhever i et notat at heldøgns bistand til hjemmeboende fra egnet personell, samt responstid og aktivt tilsyn med brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem jf. prop. 99 L (2015-2016), Videre beskriver notatet at «[a]ktivt tilsyn kan foregå både ved besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, eller ved bruk av kommunikasjonsteknologi, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel.»

4.1.4 Kompetanse knyttet til demens

Demensplan 2025 framhever at personer med demens skal få mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem (Helsedirektoratet 2020). Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Virksomhetsleder skal sørge for at arbeidstakere har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet. Helsedirektoratet (2020) har i nasjonal retningslinje om demens beskrevet at kompetanse om demens blant annet innebærer

gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, oral helse (tannhelse), ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter, forebygging og avdekking av vold og overgrep, legemiddelbehandling, samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang og varsling om vold og overgrep.

Helsedirektoratet (2020) påpeker også at det er viktig at virksomheten sikrer at de ansatte har god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens og pårørende.

4.1.5 Bruk av velferdsteknologi

Helsedirektoratet har i 2016 og 2017 kommet med anbefalinger til teknologiområder kommunene bør prioritere når velferdsteknologi skal integreres i helse- og omsorgstjenesten. Dette er varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåser, digitalt tilsyn, pasientvarslingssystem og logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester. En gevinst av bruk av velferdsteknologi kan være utsatt behov for institusjonsplass. En erfaring som kommer fram i Helsedirektoratets rapport fra 2017 er at flere kommuner opplever at teknologien bidrar til at bruker kan bo lengre hjemme med et redusert tjenestetilbud.

Det framkommer av Ullensaker kommunes strategidokument for pleie, rehabilitering og omsorg at velferdsteknologi vil gi tjenestene økt fleksibilitet og en smartere og mer effektiv arbeidsform. Digitalisering av helsetjenestene beskrives i dokumentet som et av flere strategiske valg for å nå målet om «[g]od livskvalitet i eget hjem så lenge som mulig.»

En sterk anbefaling fra Helsedirektoratet i nasjonal retningslinje om demens, sist oppdatert i 2020, er at kommunen «[b]ør gi informasjon om velferdsteknologi og tilby velferdsteknologiske løsninger til personer med demens og deres pårørende.» Bruk av lokaliseringsteknologi som GPS er et eksempel på velferdsteknologi som kommunen bør kunne tilby og vurdere nytten av for hjemmeboende personer med demens.

På bakgrunn av gjennomgangen over, er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 1:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?	➔ Kommunen bør tilrettelegge for at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig hjemme, herunder ○ gjennomføre vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet ○ sikre omsorgsboliger⁶ for eldre med omfattende bistandsbehov ○ sikre dagtilbud til blant annet personer med demens ○ sikre tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet ○ gi informasjon om, samt ta i bruk velferdsteknologi for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne

4.2 Kartlegging, vurdering og tildeling av tjenester

4.2.1 Kartlegging av brukernes funksjonsnivå og bistandsbehov

I forbindelse med saksbehandling knyttet til tildeling og utmåling av helse- og omsorgstjenester er det nødvendig å innhente relevant og nødvendig informasjon og dokumentasjon jf. forvaltningsloven § 17. Denne plikten innebærer at kommunen må påse at saken er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes.

Det er beskrevet i Helsedirektoratets veileder for saksbehandling (2016/2017) at saksbehandler skal utrede saken, og sørge for at alle relevante forhold er belyst. Det må sikres at det foreligger tilstrekkelige opplysninger til at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. I mange saker vil det være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten/brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi en riktigere vurdering av tjenestebehovet og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken (Helsedirektoratet 2016/2017). Kartleggingsskjema eller tilsvarende hjelpemidler kan være nyttige å bruke som sjekklister eller huskelister ved innhenting av informasjon. Veilederen beskriver at «[a]vhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv.»

I kommunene utgjør innhenting av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) en del av denne dokumentasjonen. IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og

⁶ Se definisjon og beskrivelse av hva som ligger i begrepet omsorgsboliger i del 5.2.1.

bistandsbehov hos personer som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet (2015) skriver i sin veiledning at opplysningene som er registrert i IPLOS er en del av pasientens/brukerens journal, og er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som må innhentes når et tjenestebehov utredes. I mange tilfeller vil det imidlertid være nødvendig å innhente ytterligere informasjon enn den som etterspørres i IPLOS for å sikre en tilstrekkelig utredning av pasient/brukers bistandsbehov. Ved IPLOS-registrering innhentes opplysninger gjennom funksjonskartlegging som registreres og ajourføres av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i tjenesten jf. lov om helsepersonell § 39. IPLOS består av 15 variabler hvor det gjøres funksjonsvurderinger.

Helsedirektoratet skriver i sin veiledning i IPLOS-registrering at vurdering av funksjon alltid skal gjøres når det fattes nytt vedtak om tjenester. Ved informasjon om endring i tjenestemottakers situasjon, ressurser og behov for bistand, skal det foretas ny vurdering og registrering. Informasjonen om endret behov kan komme både fra tjenestemottaker og tjenesteutøver. Oppdatert registrering skal alltid foreligge ved revurdering av vedtaket (Helsedirektoratet 2015).

4.2.2 Tildelingskriterier og enkeltvedtak

Hensikten med kriterier for tildeling av tjenester er først og fremst å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering med hensyn til de ulike omsorgstjenestene som tilbys (Helsedirektoratet 2018). Kriterier skal bidra til å sikre forutsigbarhet og rettferdig fordeling av tjenester som har stor betydning for den enkelte, og hvor tilgangen vil være begrenset. Ullensaker kommune har som tidligere nevnt egen forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, og for vedtak om å sette søkere på venteliste. I § 4 i forskriften framkommer det hvilke momenter som helhetsvurderingen for vedtaket skal bygge på.

4.2.3 Brukermedvirkning og pårørendestøtte

Tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenester skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre og tredje ledd. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener, ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd punkt 6, som omhandler helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Det framgår av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Den pårørendes rolle som omsorgsyter og den pårørendes behov for tjenester er også sentrale momenter i kommunens vurdering og utforming av tjenestetilbudet jf. prop. 49 L (2016–2017). For eksempel kan demenssykdommer på grunn av kognitiv svikt forårsake manglende samtykkekompetanse hos pasienten. I slike tilfeller er det særlig viktig med god pårørendeinvolvering.

Et krav i lov og forskrift som gjengis av Helsedirektoratets nasjonale retningslinje er at «[p]årørende til personer med demens skal motta tilrettelagt informasjon, oppfølging og ved behov tilbud om

avlastning og annen pårørendestøtte.» Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte, i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 kommer forvaltningslovens bestemmelser her til anvendelse, dvs. at kommunen skal fatte vedtak om slike tjenester, også for opplæring/veiledning, når det er et nødvendig behov for veiledning og opplæring utover 14 dager.

På bakgrunn av gjennomgangen over, er følgende revisjonskriterier utledet for problemstilling 2:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning?	➔ Kommunen skal ha rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder sikre tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariablene i IPLOS. ➔ Kommunen skal ha utarbeidet tildelingskriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. ➔ Kommunen skal tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. ➔ Kommunen skal sikre at pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, blant annet knyttet til demens, får tilbud om pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad

5 DREINING AV TJENESTETILBUDET TIL ELDRE MED OMFATTENDE BISTANDSBEHOV

I dette kapittelet presenteres fakta og vurderinger for å belyse undersøkelsens første problemstilling; om kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem.

Sentralt i gjennomgangen er dokumenter som kommunens budsjett- og økonomiplan, utredninger gjennomført for kommunen, statistikk og annen skriftlig dokumentasjon. Gjennomgangen tar også utgangspunkt i informasjon som er fremkommet i intervjuer med ledere og i spørreundersøkelsen til de ansatte.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?	➔ Kommunen bør tilrettelegge for at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig hjemme, herunder ○ gjennomføre vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet ○ sikre omsorgsboliger for eldre med omfattende bistandsbehov ○ sikre dagtilbud til blant annet personer med demens ○ sikre tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet ○ gi informasjon om, samt ta i bruk velferdsteknologi for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne

5.1 Dreining av tjenestetilbudet

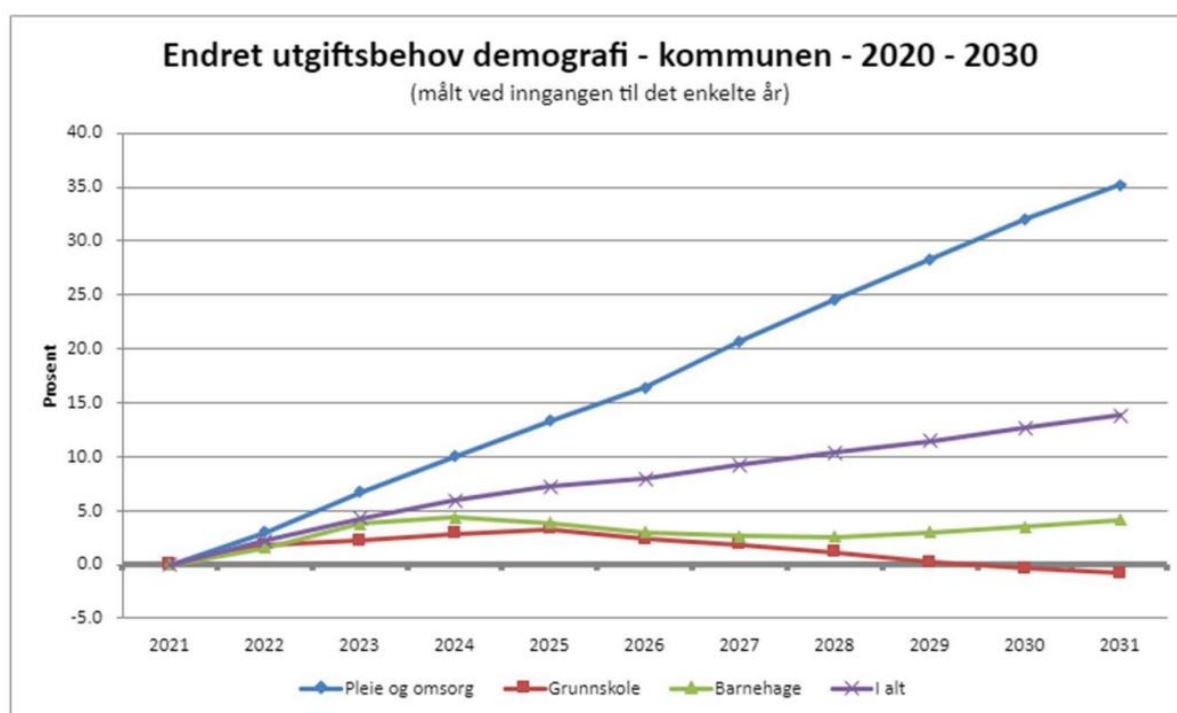
I det følgende redegjøres det for ulike mål og tiltak kommunen har definert i forbindelse med en dreining av tjenestetilbudet, samt innhentet informasjon som kan belyse hvorvidt kommunen har startet dreiningen. Økning i utgiftsbehovet innen pleie- og omsorg er blant årsakene til behovet for en tjenestedreining, og nedenfor beskrives hvordan denne økningen kan bli i Ullensaker, samt sentrale målsetninger i kommunens budsjettplan. Deretter presenteres noen utvalgte nøkkeltall som kan gi informasjon om hvordan statusen i kommunen er på området, samt noen sentrale prosjekter innen helse- og omsorg de siste årene. Hvordan ledere og ansatte oppfatter ulike sider ved arbeidssituasjonen og tjenestetilbudet, kan gi viktig informasjon om hvordan tjenestedreiningen fungerer i praksis for de som jobber tettest på brukerne, og dette presenteres underveis i kapittelet.

5.1.1 Mål om «dreiningen» i kommunens budsjetter 2021 og 2022

I kommunens budsjett 2022 er satsningsområdene barn og unge, by- og næringsutvikling og nærmiljøsentere. Tjenestetilbudet til eldre er ikke nevnt under disse satsningsområdene, men frivilligheten er vektlagt og «at ulike generasjoner har ulike behov, men levende samfunn har en god blanding av mennesker i ulike livsfaser og med ulik erfaringsbakgrunn.»

Det er i budsjettet beskrevet at Ullensaker kommune de siste årene har hatt en stor vekst i antall innbyggere (Ullensaker 2021a). Dette har medført økt etterspørsel etter tjenester og store investeringer med påfølgende finansutgifter. Kommunen beskriver at «voksesmertene» vil gjøre seg gjeldende også i årene framover. Økningen i utgiftsbehovet de kommende år er høyest innen pleie- og omsorgssektoren slik det kommer tydelig frem i figur 4 nedenfor. Figuren viser endret utgiftsbehov og demografi for Ullensaker kommune.

Figur 4 Endret utgiftsbehov demografi – Ullensaker kommune 2021–2031



Kilde: Ullensaker kommune 2021a

Vi ser av figur 4 at utgiftsbehovet innen pleie- og omsorg går raskt opp de neste årene. Ifølge budsjettet må pleie- og omsorgssektoren arbeide kontinuerlig med effektivisering og nytenking for å levere tjenester med tilfredsstillende kvalitet. I kommunens budsjett for 2021 og 2022 står det at den påbegynte dreiningen av helse- og omsorgstjenestene skal fortsette og at flere skal få mulighet til å bo trygt og godt hjemme til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Begrunnelsen for dette er både at de fleste ønsker å bo hjemme framfor i institusjon, men også fordi det er nødvendig for å skape en bærekraftig økonomi. Ifølge budsjettet for 2021 og 2022 innebærer dette «at det legges til rette med

flere omsorgsboliger, at det finnes et differensiert tjenestetilbud og at digitale hjelpemidler tas i bruk der det er mulig og forsvarlig.»

5.1.2 Kommuneplan 2020-2030

I april 2020 vedtok kommunestyret kommuneplanens samfunnsdel for 2020-2030 som fra dette tidspunktet er kommunens fremste strategidokument også innen pleie, rehabilitering og omsorg. Her framkommer det at alderspyramidene blir mer og mer topptunge i årene framover.

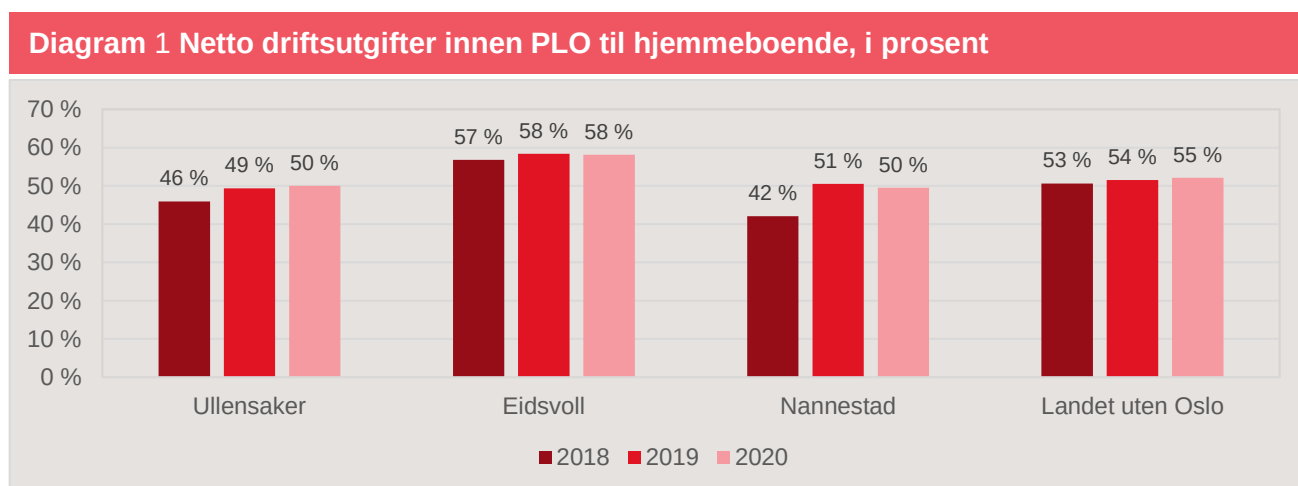
Samfunnsdelen beskriver at kommunen må ta på alvor et utviklingstrekk som innebærer at forsørgerbyrden på den yrkesaktive delen av befolkningen vil øke betydelig i åren som kommer, som et resultat av at eldre innbyggere har behov for flere tjenester enn yrkesaktive innbyggere. Det betyr ifølge samfunnsdelen at kommunen må produsere tjenestene mer effektivt, samt være nyskapende og omstillingsdyktige (Ullensaker 2020b).

5.1.3 Noen utvalgte nøkkeltall

I det følgende presenteres noen nøkkeltall innen helse- og omsorg som kan si noe om status i helse- og omsorgstjenesten i Ullensaker kommune og dreiningen av tjenestetilbudet.

Kommunens utgifter til pleie- og omsorgstjenester var ifølge KOSTRA i 2020 på ca. 21 700 kroner per innbygger. Til sammenligning var tilsvarende tall for Ullensaker kommunes KOSTRA-gruppe ca. 28 000 kroner (KOSTRA-gruppe 10). Noe av forklaringen på forskjellen i utgiftsnivå kan være at Ullensaker fortsatt som vekstkommune har en relativt lav andel eldre i befolkningen.

Diagrammet nedenfor viser netto driftsutgifter innen pleie- og omsorg (PLO) for Ullensaker, Eidsvoll, Nannestad og landsgjennomsnittet for årene 2018 til 2020.

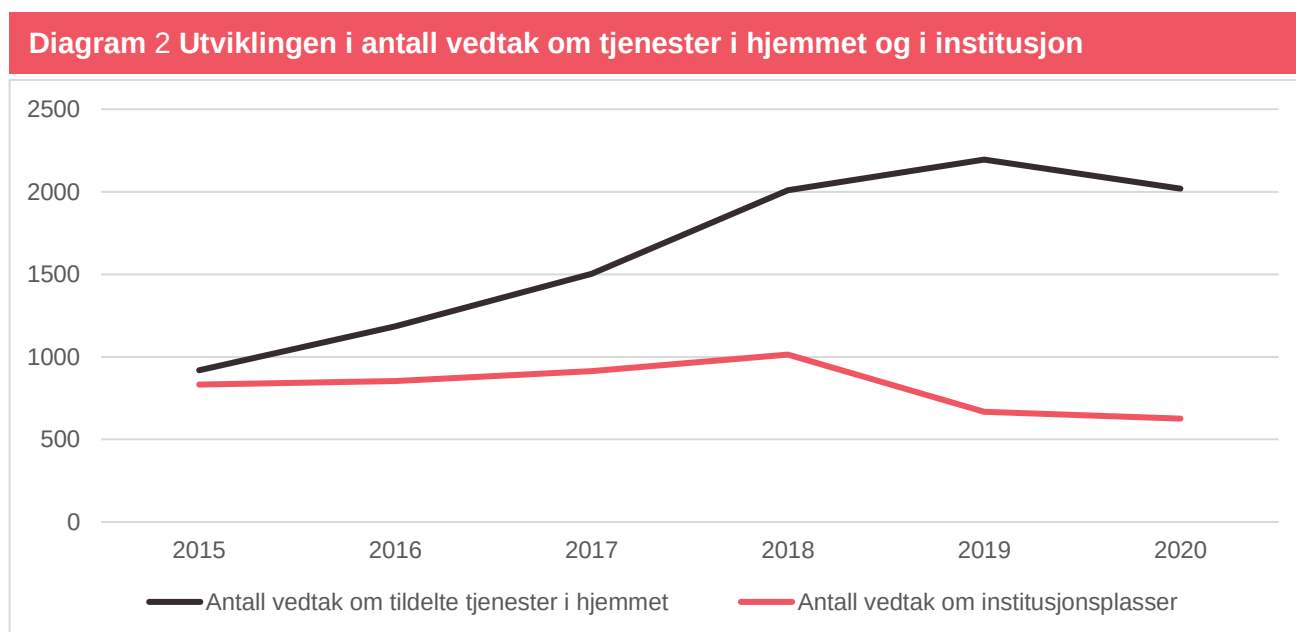


Kilde: KOSTRA 2021

Diagrammet viser at netto driftsutgifter innen pleie- og omsorgstjenesten har økt med fire prosentpoeng i perioden 2018 til 2020⁷. Ullensaker ligger fortsatt under landsgjennomsnittet, men har nærmet seg i perioden.

Kommunen produserer noen nøkkeltall innen helse- og omsorg, men PRO-enhetene har ikke ferdigstilt arbeidet med å finne riktige og gode nøkkeltall som kan være målbare og nyttige (Ullensaker 2021c). I årsrapporten til kommunen meldes det om antall vedtakstimer i uken. Antall vedtakstimer er et mål på hvor mange timer brukerne har vedtak om og utviklingen over tid kan si noe om den faktiske arbeidsmengden til hjemmetjenesten og utviklingen i denne. Beregninger gjennomført med tall fra årsrapport for 2020 viser at antallet vedtakstimer innen hjemmesykepleie totalt for alle hjemmetjenesteavdelingene økte med 388 timer fra 2016 til 2020, noe som utgjør en økning på 37 prosent. Økningen var størst ved PRO Jessheim Vest. Antall timer til praktisk bistand var redusert i samme periode med 30 timer, noe som utgjør en reduksjon på 10 prosent. Vi ser altså at det har vært en solid økning i antall vedtakstimer med hjemmesykepleie og en mindre reduksjon i antall timer praktisk bistand i perioden⁸.

Diagrammet nedenfor viser utviklingen i antall vedtak om tjenester i hjemmet, sammenlignet med antall vedtak på institusjonstjenester, i perioden 2015 til 2020.



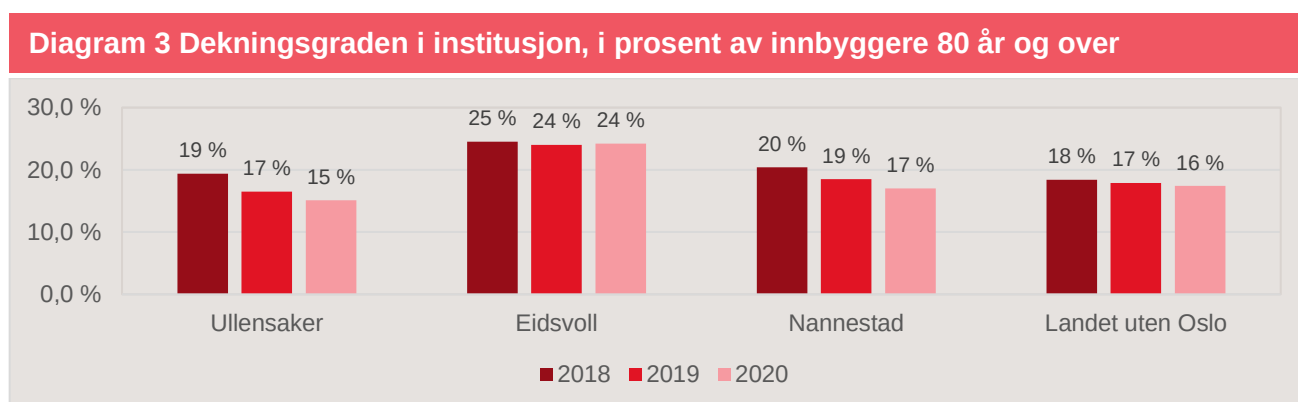
Kilde: Ullensaker kommune 2021c

⁷ Statistikken skiller ikke på aldersgrupper med vedtak slik at hvor mye av endringen som er årsak i tjenester til personer under eller over 67 år kan vi ikke lese ut av statistikken.

⁸ Det kan være usikkerhet i tallene med tanke på at noen av målingen er gjort i en bestemt uke og ikke som et gjennomsnitt av året. Hjemmetjeneste er ikke en statisk drift, det kan være store variasjoner i antall timer som det skal gis hjelp, både per dag, per uke og per mnd.

Vi ser av diagrammet at antall vedtak om tjenester i hjemmet har mer enn doblet seg fra 919 til 2019 vedtak i perioden 2015-2020. Antall vedtak på institusjonstjenester er redusert fra 833 til 626 vedtak i samme periode.

Diagrammet nedenfor gir informasjon om dekningsgraden i institusjon i Ullensaker kommune, i prosent av innbyggere 80 år og over. Dekningsgrad for langtidsplass på sykehjem har i flere år vært brukt som en indikator på hvordan kommunene har dimensjonert tjenestetilbudet til personer med behov for heldøgnsomsorg.



Kilde: KOSTRA 2021

Diagrammet viser at dekningsgraden i institusjon, i prosent av innbyggere 80 år og over, er redusert med fire prosentpoeng i Ullensaker fra 2018 til 2020.

Vi ser altså at både antall vedtakstimer i hjemmetjenesten og antall vedtak om tjenester i hjemmet har økt betydelig de siste årene. Samtidig har antall vedtak om institusjonsplasser blitt noe redusert. Statistikken skiller ikke på aldersgrupper med vedtak slik at hvor mye av endringen som er årsak i tjenester til personer under eller over 67 år kan vi ikke lese ut av statistikken. Dekningsgraden i institusjon, i prosent av innbyggere 80 år og over, viser at den er redusert de senere årene, samtidig som vedtak om tjenester i hjemmet har økt.

I tillegg til dekningsgraden i institusjon som fremkom i diagrammet over, fremkommer det av KOSTRA-tall fra 2020 og 2021⁹ at andel innbyggere 80 år og over som faktisk var beboere på sykehjem sank fra 10,2 prosent til 9,5 prosent i Ullensaker. Tilsvarende prosent for KOSTRA-gruppe 10 er for 2020 og 2021 henholdsvis 11,2 prosent og 10,8 prosent. Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester økte fra 25,7 prosent i 2020 til 26,4 prosent 2021. Tilsvarende tall for KOSTRA-gruppe 10 var for 2020 og 2021 henholdsvis 29,2 prosent og 28,7 prosent.

⁹ Urevidert nøkkeltall per 15. mars. Det framkom ikke tall for tidligere år for Ullensaker kommune på nettsiden til SSB for denne indikatoren, samt indikatoren «andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester».

5.1.4 Prosjekter i kommunen

Nedenfor følger en beskrivelse av to prosjekter som kommunen oppgir som viktige prosjekter i dreiningen av helse- og omsorgstjenesten.

Leve hele livet

«Leve hele livet» har vært en nasjonal satsning siden 2018. Satsningen inkluderer blant annet områder som aldersvennlig samfunn og frivillighet. Kommunen har fått tilskudd i prosjektet på 2.1 millioner, som blant annet går til tre aktivitetskoordinatorer. Kommunen har utarbeidet en plan for arbeidet med prosjektet. Rådgiver i staben til kommunaldirektøren forteller at arbeidet med demensplan 2025 er lagt til arbeidsgruppen for «Leve hele livet». Målet med prosjektet er å bygge bro mellom frivillighet og tjenestene, og å øke aktivitetsnivået. Arbeidsgruppen satset i første omgang på å iverksette tiltak på institusjonene, men har også en halv ressurs i hjemmetjenestene. De har forsøkt å få til noe for hjemmeboende, men det har hittil vært vanskelig å rekruttere deltakere. Det har vært arrangert middagstilbud rettet mot hjemmeboende eldre som har vært godt besøkt og godt mottatt.

Rådgiver i staben ser at de kanskje må utvikle en ny strategi for å få større medvirkning fra de hjemmeboende. Leder for eldrerådet i Ullensaker kommune oppgir i intervju at eldrerådet har to representanter i arbeidsgruppen for «Leve hele livet», men sier at disse er svært misfornøyde med framdriften i prosjektet, og mener også at kommunen har vist alt for liten interesse for satsningen innen et «Aldersvennlig Norge», og de har bedt kommunen om å ta mer initiativ her.

Som en del av satsningen ble det i kommunens budsjett for 2021 satt av 500 000 kr til aktiviteter for eldre og mennesker med en demenssykdom (Ullensaker 2020a). De tre bo- og aktivitetssentrene i kommunen har gjennomført, og gjennomfører, aktiviteter som er i tråd med formålet.

Prosjekt Tjenestetorg helse og mestring

I styringsdokumentet for prosjektet «Tjenestetorg helse og mestring» er det beskrevet at prosjektet skal operasjonalisere nasjonale føringer og lokale behov knyttet til dreining av tjenestetilbudet til en bærekraftig modell for innbyggerne i Ullensaker kommune. Det står beskrevet i Ullensaker kommunes budsjett 2022 at en prioritert oppgave innen helsevern og sosial omsorg er å

[f]ortsette arbeidet med å dreie tjenestetilbudet slik at flest mulig innbyggere i Ullensaker kommune kan bo trygt og godt hjemme, lengst mulig. For å få til dette må tjenestene ha fokus på tidlig innsats og legge til rette for at brukere og pasienter kan mestre mest mulig selv. Arbeidet med å slutføre prosjekt Tjenestetorg vil også være sentralt i dette arbeidet.

Ullensaker kommune 2021a, 46

Prosjektet leverte i september 2021 delrapport 1, og rapporten gir innsikt i dagens arbeidsprosesser. Kartlegging av dagens tjenester er gjennomført ved bruk av workshops hvor relevante medarbeidere som har aktuell arbeidsprosess som hovedoppgave har deltatt.

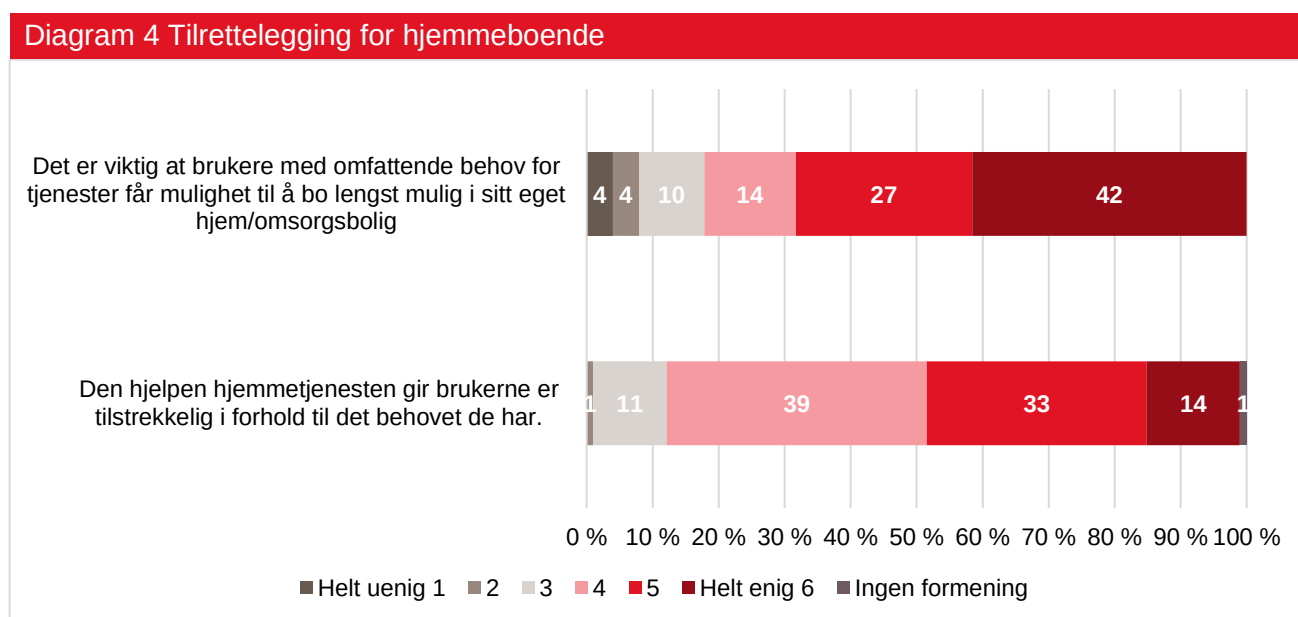
Lederen for tildelingsenheten forteller at de har gjennomført et stort kartleggingsarbeid på bakgrunn av prosjektbeskrivelsen, men at prosjektet i praksis har endret seg underveis. Utgangspunktet var å

samle ressurser som jobber med bruker i tidlig fase, for å kunne etablere nye arbeidsprosesser. Pårørendesenter og frisklivsarbeidet var en del av dette. 200 ansatte har vært involvert i kartleggingen, samt pårørende og brukere og andre samarbeidsparter. Kartlegging viser at det ikke bare er å slå enheter sammen. Her er det flere kulturer som skal slås sammen for å få til visjonen om «en dør inn». Lederen oppgir at:

Mestringsperspektivet, det å komme tettere på brukeren, stille spørsmålet «hva kan vi hjelpe deg med», må stilles overalt der brukeren møter hjelpeapparatet. Dette gjør vi ikke i dag. Vi har ulike oppgaver og ulik type bemanning. Min mening er at tjenestetorgprosjektet må handle om å få på plass en kultur. Om 9 år har vi 35 og 40 prosent flere brukere, og det har vi ikke råd til slik vi jobber i dag. Men jeg tror en dreining er mulig. Alt hjelpebehov kan påvirkes. Vi må spørre «hva kan vi få til sammen», ikke bare «hva vil du søke på».

5.1.5 Ansatte i hjemmetjenestens oppfatning av tilbudet til hjemmeboende eldre

I en spørreundersøkelse ble ansatte i hjemmetjenesten stilt ulike spørsmål om tilrettelegging for hjemmeboende som kan si noe om dreiningen i helse- og omsorgstjenestene. I diagrammet under ble ansatte bedt om å ta stilling til to påstander som omhandler dette temaet, på en skala fra 1 til 6, hvor 1 tilsvarer helt uenig og 6 tilsvarer helt enig.



Kilde: RRI 2021, N=79

Om vi deler inn svarkategoriene i de som er uenige (kategori 1-3) eller enige (kategori 4-6) i påstandene, viser undersøkelsen at 83 prosent er helt eller delvis enige i at det er viktig at brukere med omfattende behov for tjenester får muligheten til å bo lengst mulig i sitt eget hjem.

14 prosent av respondentene svarer at de er helt enige i at den hjelpen hjemmetjenesten gir brukerne er tilstrekkelig i forhold til det behovet de har. Et flertall av respondentene har valgt svarkategori 4 eller 5 på denne påstanden, det vil si at de er delvis enige.

5.1.6 Kapasitet i dagens hjemmetjenester

Kommunen har som beskrevet ovenfor signalisert en satsning på at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig med nødvendig tilrettelegging, hjelp og bistand. For eldre hjemmeboende over 67 år med omfattende bistandsbehov innebærer dette ofte at de vil ha behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmetjenester).

En av avdelingslederne forteller at kommunen har startet en dreining av pleie- og omsorgstjenesten, men opplever per november 2021 at hjemmetjenesten ikke har fått flere ressurser siden 2017. Opprettelsen av eget senter for omsorg og lindring og økning av tilbudet med dagsenter for personer med demens har bidratt til dreining, men omsorgsplasser og en stilling mer til natttjenesten er en forutsetning for at tilbudet til eldre skal være i tråd med behovene framover, ifølge avdelingsleder.

En annen avdelingsleder forteller også at kommunen er i gang med å dreie tjenestetilbudet fra institusjon til mer omsorg i hjemmet. Det er mye fokus på omsorgsboliger, og at brukeren selv er ansvarlig for eget liv. Det kan blant annet innebære at brukeren benytter seg av eksterne tjenester, og at man kan kjøpe tjenester som for eksempel å få privat vaskehjelp, eller lagd dosetten sin fra apoteket. Så lenge man kan bære man ifølge avdelingslederen benytte private tjenester før kommunale tjenester.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten i PRO Jessheim Vest forteller at avdelingen har en grunnbemanning som ikke er rustet til å dekke faktiske vedtakstimer¹⁰. Det vil si at det er for få budsjetterte årsverk til å kunne gjennomføre oppgavene, og avdelingen må derfor legge inn en rekke ekstravakter i turnusen utover turnusen bestående av faste ansatte. Det medfører bruk av en del ufaglærte vikarer i tjenesten. I grunnbemanningen inkludert natt-tjenesten var det 25 sykepleiere, 17 helsefagarbeidere og seks pleiemedarbeidere med faste stillinger.

En pågående tjenesteanalyse ved Jessheim PRO Vest viser ifølge avdelingsleder behov for mer fast bemanning. Med hensyn til økningen i behov manglet avdelingen mellom 15-16 årsverk innen hjemmesykepleie som måtte dekkes inn gjennom vikariater og at faste ansatte tar ekstravakter. Ifølge PRO-enhetens virksomhetsplan for 2022 styrkes hjemmetjenesten ved PRO Jessheim Vest med tre millioner kroner for å dekke merbehov i hjemmetjenesten. Behovet er anslått noe høyere, men det forutsettes at avdelingen dekker ytterligere behov gjennom å effektivisere tjenesten.

Avdelingsleder for hjemmetjenester i PRO Jessheim Øst oppgir at grunnbemanningen tilsier at de har det greit i ukedagene, men at avdelingen må leie inn blant annet ufaglærte ekstravakter i helger, kvelder og ferier. Budsjetterte årsverk rekkes ifølge avdelingsleder ikke til for å dekke behovet som er i form av vedtakstimer i helgene og ferier. Grunnbemanningen besto av ca. 11 årsverk sykepleiere og ca. 11 årsverk helsefagarbeidere, samt ca. ett årsverk hjemmehjelpere og to lærlinger. I årsberetningen for 2020 er det beskrevet at «tjenesten har merket et økende behov for å ivareta brukere med alvorlig demenssykdom og alvorlige psykiske lidelser lengre hjemme før de har fått institusjonsplass.»

¹⁰ Totalt antall timer brukerne har vedtak om.

Avdelingsleder for hjemmetjenester i PRO Kløfta oppgir at avdelingen har god faglig dekning og at den ikke har hatt behov for fast ansatte assistenter. Grunnbemanningen i hjemmesykepleien bestod av ca. ni årsverk sykepleiere og ca. åtte årsverk helsefagarbeidere. Praktisk bistand bestod av ca. 4,5 årsverk hjemmehjelpere.

Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet gjennomførte et tilsyn med hjemmetjenestene i Ullensaker siste halvår 2021. Det ble gitt pålegg til alle tre hjemmetjenesteavdelingene. Alle tre fikk pålegg knyttet til om arbeidstidsordningene var fullt forsvarlig. PRO Jessheim Vest og PRO Jessheim Øst fikk også pålegg vedrørende tids- og arbeidspress. Arbeidstilsynet skriver vedrørende PRO Jessheim Vest at

[...] selv om ansatte hjelper hverandre for at alle skal bli ferdige, oppfatter vi at arbeidslistene har flere oppgaver enn det er bemanning til. De ansatte strekker seg dermed langt for å gi brukerne bistand i tråd med det som er vedtatt at de skal motta. Tids- og arbeidspress medfører at arbeidstakere utfører oppgaver på måter som ikke er helsemessig forsvarlig. Bl.a. utføres oppgaver alene der man skulle hatt bistand fra en kollega, eller ansatte har ikke tid til å bruke hjelpemidler der de finnes. Det kan også være en fare for at utstyr brukes feil.

Arbeidstilsynet 2021, 5-6

Arbeidstilsynet skriver også at avdelingsleder ved PRO Jessheim Vest har et stort lederspenn, med personalansvar for 104 personer, noe som også Arbeidstilsynet bemerket i tilsynsrapport etter tilsyn 22.10.2019. Kommunen hadde da meldt at avdelingen var i prosess med å gjøre endringer, noe som ikke er gjennomført, ifølge Arbeidstilsynet.

Pålegget vedrørende tids- og arbeidspress ved PRO Jessheim Øst er relatert til kommunens ansvar for bl.a. koronahotellene, og ikke tjenester til eldre som er tema i revisjonens undersøkelse.

5.2 Tilbud om omsorgsboliger til eldre

I dette delkapitlet presenteres status, planer og tidligere utredninger knyttet til behovet for omsorgsboliger i kommunen.

5.2.1 Begrepet «omsorgsboliger»

Omsorgsboliger er et godt innarbeidet begrep innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen og ble allerede introdusert på 1990-tallet. En omsorgsbolig er en boform utformet med tanke på at brukerne kan bli boende, selv med omfattende pleie- og omsorgsbehov (Helsedirektoratet 2013). Omsorgsboligen er beboerens eget hjem og beboeren må ha eget vedtak om helse- og omsorgstjenester for å kunne motta disse i boligen. I en omsorgsbolig betaler beboerne for kost, boutgifter og eventuelt egenandel på de tjenestene som mottas utover det som gis som etter vedtak om helse- og omsorgstjenester og som det ikke er egenandel til. Tjenester gis av hjemmetjenesten og/eller av fast tilknyttet personale. Selvstendige omsorgsboliger er boliger som er utformet slik at alle boligfunksjoner er oppfylt inne i boligen (Veiviseren.no 2021). Omsorgsboliger med fellesarealer er boliger hvor privatenheten inneholder reduserte boligfunksjoner og som i tillegg har tilgang til et kompletterende fellesareal.

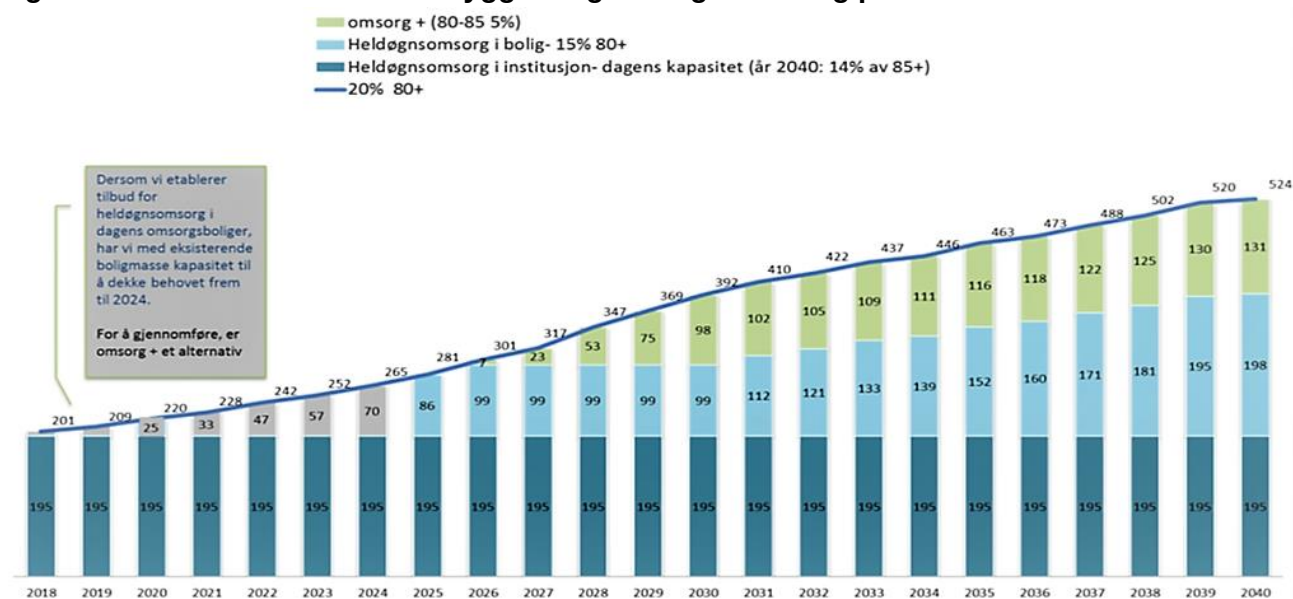
Flere kommuner har etablert eller planlegger å etablere nye boformer som er «mellomløsninger» mellom selvstendig bolig og boligfelleskap. Tjenester gis av fast tilknyttet personale og/eller flere besøk fra hjemmetjenesten (Veiviseren for bolig og tjenesteområdet 2021). Dette kan kalles bokollektiv, eller Omsorg + slik det er for eksempel gjøres i Oslo, men også omsorgsplasser med felles aktiviteter i bo- og aktivitetssentrene som Ullensaker kommune er i ferd med å etablere kan defineres som en slik mellomform. Felles for alle løsningene som er skissert her er at boligen er beboerens eget hjem og tilhører ingen institusjon, beboeren betaler husleie og egenandeler for aktiviteter og mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet i henhold til lov om helse og omsorgstjenester.

5.2.2 Tidligere utredning – «Gjestad 2066» og behov for botilbud

Rambøll utarbeidet rapporten «Dagens og framtidens behov for helse- og sosialtjenester» i forbindelse med prosjektet «Utvikling av Gjestad-området» («Gjestad 2066»), gjennomført på oppdrag for Ullensaker kommune i perioden januar-oktober 2017. Rapporten konkluderte med at Ullensaker kommune framover vil ha økende problemer med å levere dagens tjenester innenfor helse- og sosialsektoren, særlig når det gjelder pleie- og omsorgstjenester, hvor behovet framover vil bli betraktelig større enn i dag.

Rapporten beskriver videre at det gjennom prosjektet «Gjestad 2066» var skjedd en viktig dreining i hva flere av de involverte mente var viktig for å dekke behovene innen helse- og omsorg framover: «Tidlig i prosjektet var det i stor grad snakk om at kommunen trengte flere sykehjemsplasser og at dette skulle løse utfordringene framover. I siste verksted var det derimot et flertall av aktørene som mente at sykehjemsplasser burde avskaffes til fordel for forebyggende innsats og økt bruk av ambulerende tjenester. Dreiningen vitner om en forståelse for at vi ikke kan fortsette å gjøre mer av det samme som vi gjør i dag, vi må tenke nytt.» (Rambøll 2017a).

I forbindelse med prosjektet i 2017 gjennomførte Rambøll en analyse av behovet i Ullensaker for botilbud med trygghet og heldøgnsomsorg/pleie, vist i figur 5 under.

Figur 5 Behov for botilbud med trygghet og heldøgnsomsorg/pleie

Kilde: Rambøll 2017b

Figur 5 viser at framtidig behov for botilbud med trygghet og heldøgnsomsorg/pleie i 2040 vil tilsvare 524 enheter. Kommunen bekrefter overfor revisjonen at som tabellen viser øker behovet for heldøgns pleie- og omsorg jevnt i årene framover, og at det er stipulert en økning i behovet i perioden 2021–2030 på 164 plasser. Kommunen har vedtatt å møte dette behovet gjennom å dreie tilbudet fra institusjonsbaserte tjenester til omsorgsboliger. Kommunen oppgir videre at ved å etablere omsorgsboliger uten bemanning og omsorg+ i samarbeid med private utbyggere vil dagens omsorgsboliger omgjøres til omsorgsbolig med bemanning. Når påbegynte og planlagte prosjekter er fullført i 2023/24 vil antallet omsorgsboliger med og uten bemanning øke til minst 130, ifølge kommunen.

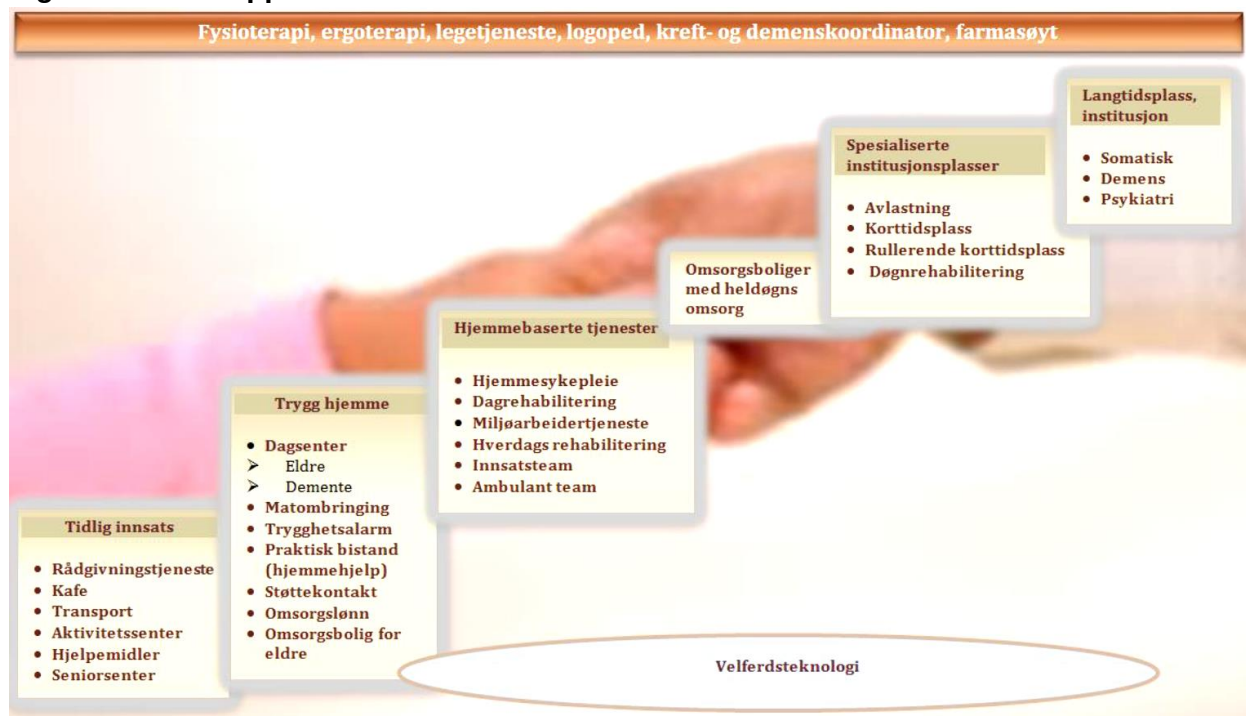
Kommunestyret i Ullensaker behandlet i møte 13.03.2018 (sak 16/18) en utredning knyttet til utvikling av Gjestadområdet «Gjestad 2066». I utredningen for saken gis det en tydelig anbefaling om at det er helt nødvendig å møte vekst og økt behov gjennom en dreining fra institusjonstjenester til tjenester i hjemmet. Denne dreiningen er også omtalt i mange sentrale styringsdokumenter fra statlig hold og er ønsket i hele landet. I utredningen vises det blant annet til at kommunen vil ha behov for ca. 15 nye sykehjemsplasser per år, om Ullensaker kommune fortsetter å drive som da, og dette tilsa at dreiningen mot økt bruk av hjemmetjenester og omsorgsboliger burde iverksettes umiddelbart.

Avdelingsleder for PRO Jessheim Vest oppgir at «Prosjektet Gjestad 2066» var «veldig overordna og døde fort ut». Det ble utarbeidet planer og visjoner, men disse er ikke fulgt opp. Det samme mener hun gjaldt etter rapporten som ble utarbeidet etter et effektiviseringsprosjekt i samarbeid med Agenda Kaupang i 2019. Planen var blant annet at alle hjemmetjenesteavdelingene skulle slå seg sammen, og det ble utlyst en prosjektlederstilling, men dette ble lagt på is i forbindelse med rapporten fra Agenda Kaupang, ifølge avdelingsleder.

5.2.3 Innsatstrappen og strategier for botilbud til eldre

Ullensaker kommune introduserte i strategidokumentet «Pleie, rehabilitering og omsorg» en tiltakstrapp som skal sikre et effektivt og framtidsrettet tjenestetilbud. Omsorgsboliger er et viktig tiltak i tiltakstrappen. Tiltakstrappen fra 2017 følger i figur 6 nedenfor.

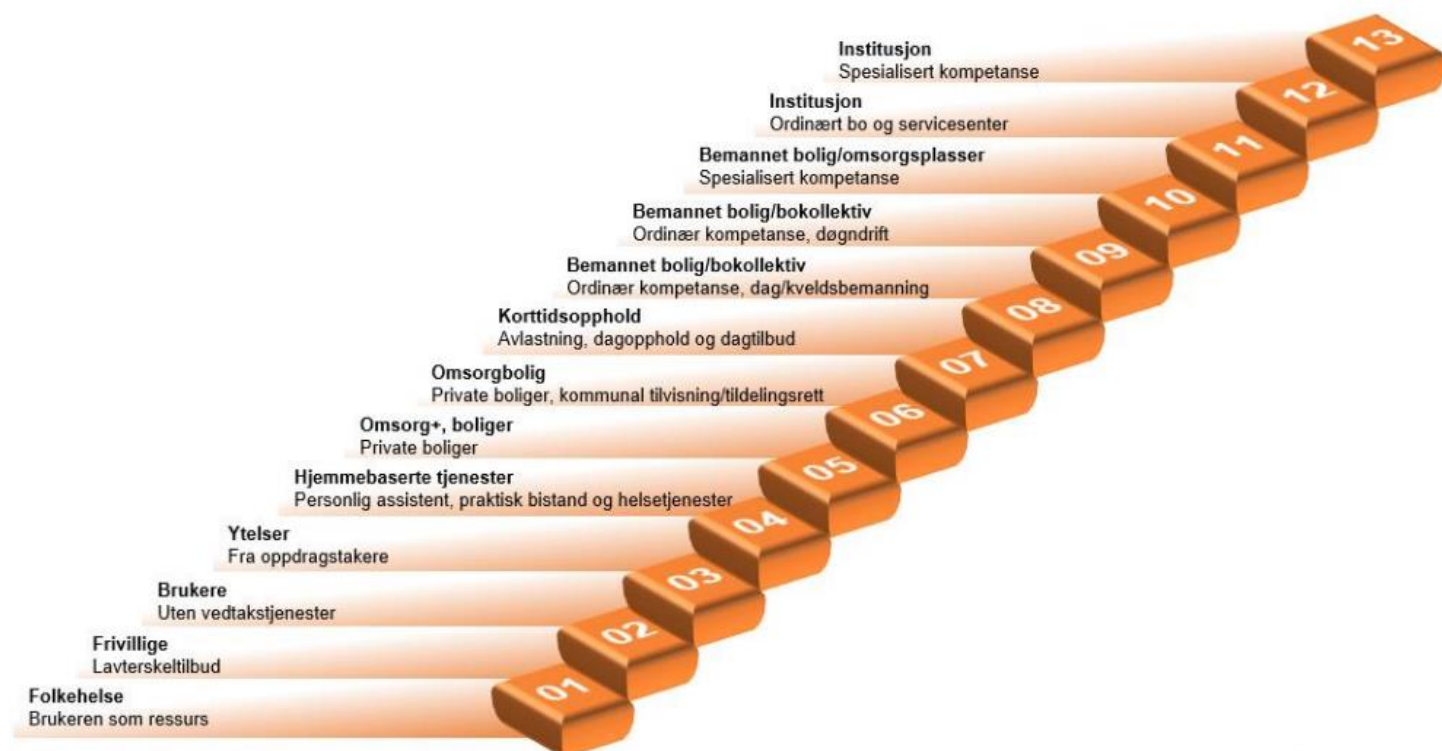
Figur 6 Tiltakstrappen Ullensaker kommune fra 2017



Kilde: Ullensaker kommune 2017

Figur 6 viser at omsorgsboliger med og uten heldøgns omsorg (bemanning) skulle være et viktig virkemiddel for at den enkelte skal kunne klare seg lengst mulig hjemme, og tiltakstrappen viser dette på to ulike trinn.

I forbindelse med effektiviseringsprosjektet i samarbeid med Agenda Kaupang i 2019 utviklet kommunen en ny innsatstrapp som har erstattet tiltakstrappen og denne er også behandlet i kommunens budsjett jf. omtale i kapittel 4.1.2. Innsatstrappen vises i figur 7 nedenfor.

Figur 7 Ullensaker kommunes innsatstrapp

Kilde: Ullensaker kommune 2021a

Som det fremkommer i figur 7 har innsatstrappa flere trinn enn tiltakstrappa, og med en større variasjon av tilrettelagte omsorgsboliger (trinn 6-7, og 9-11).

Leder for tildelingsenheten uttrykker i intervju at innsatstrappen med 13 trinn er viktig for forståelsen av hva tjenesten skal inneholde, men at den per i dag ikke fungerer sånn som det er tenkt, da trappen ikke er ferdig utbygd i praksis. Dette knytter seg særlig til manglende utvikling av ulike typer omsorgsboliger slik dette fremkommer i trinn 6-7, og 9-11 i innsatstrappen. Omsorgsplass er et eget trinn i innsatstrappa, og innebærer at hjemmetjenesten må styrkes og nærmest bli stasjonær for brukere med omfattende behov, forteller han videre.

Det framkommer av kommunens budsjett for 2021 at «[b]emannede omsorgsboliger, omsorg +, ordinære omsorgsboliger, samarbeid med frivillige og lavterskeltilbud for helsefremmende aktivitet planlegges nå som et ledd i å utvikle innsatstrappa. Varierte botilbud utvikles i samarbeid med Kommunale eiendommer, Husbanken og private. Ullensaker kommune er innlemmet i by- og tettstedsprogrammet til Husbanken, og dette gir en fleksibel tilgang til boligvirkemidler som kan dempe behovet for investeringer i planperioden.»

Det er i budsjettet for 2022 satt av penger til omsorgsboliger knyttet til brukere med rusutfordringer, psykisk utviklingshemming og utredning av boliger innen rus og psykiatri (Ullensaker 2021a). Det er ikke budsjettet for nye omsorgsboliger rettet mot brukergruppen eldre. Det er beskrevet at kommunen skal gjennomføre en utredning for å finne optimale og kostnadseffektive løsninger for framtidige behov

innenfor helsesektoren, samt at deler av behovet¹¹ dekkes gjennom samarbeid med private aktører. Det er også beskrevet at det i noen av prosjektene vil være behov for personalbaser i forbindelse med etablering av tilpassede boliger til personer med nedsatt funksjonsevne og/eller eldre. Det er ikke satt av midler til personalbaser i budsjettet for 2022.

5.2.4 Status for omsorgsboliger i kommunen

Tabell 2 nedenfor viser antall omsorgsboliger som retter seg mot brukergruppen eldre og som er fordelt på tre steder i Ullensaker kommune, per oktober 2021.

Tabell 2 Antall omsorgsboliger per 01.10.2021

Sted	Antall omsorgsboliger
Kløfta bo og aktivitetssenter	36
Gystadmyr bo- og aktivitetssenter	18
Gjestad bo- og aktivitetssenter	34

Kilde: Ullensaker kommunes hjemmesider 2021

Kommunen har også boliger innen psykiatri og boliger med bistand til funksjonshemmede, men disse er ikke spesielt rettet mot eldre.

Vi ser av tabell 2 at Ullensaker har totalt 88 omsorgsboliger rettet mot eldre fordelt på tre steder i kommunen. Disse var per november 2021 ikke bemannede, men dersom personer som bor i disse boligene har behov for hjemmetjenester får de vedtak om dette på lik linje med andre som bor hjemme. Avdelingslederne for hjemmetjenesten forteller at planen er omdisponering av dagens omsorgsboliger til omsorgsplasser med noe fast bemanning tilknyttet seg. Bemanningen skal ligge til hjemmetjenesten og det skal være faste ansatte i hjemmetjenesten som skal bemanne omsorgsplassene. I tillegg til bistand fra fast bemanning, vil brukere med omsorgsplass kunne ha vedtak om hjemmetjenester, og motta «punktjenester» på lik linje med andre som bor hjemme. Du kan lese mer om status i dette arbeidet i kapittel 5.2.5 nedenfor.

Opprinnelig skulle omsorgsplassene bli etablert i løpet av 2019 og 2020, noe som blant annet er omtalt i *Kommunens perspektivmelding 2019-2039*. Leder for tildelingsenheten utdyper at omsorgsplasser fortsatt er et botilbud under utvikling i kommunen. Videre informerer han om at kommunen har bestemt at det fremover ikke lenger skal tildeles kommunale omsorgsboliger uten bemanning. Kommunen har imidlertid en venteliste over folk som har interesse for omsorgsbolig uten bemanning. Omsorgsboliger uten bemanning tenkes organisert gjennom tilvisningsavtaler, og brukeren betaler da til private eiere¹². Det er i dag 17 slike boliger hos Fredensborg med

¹¹ For eksempel for omsorgsboliger.

¹² En tilvisningsavtale innebærer private utleieboliger med rett til kommunal tilvisning.

tilvisningsavtale i framtiden, ifølge leder for tildelingsenheten. I utgangspunktet hadde kommunen sett for seg tilvisningsavtaler for 150 boliger, så her er kommunen langt fra målet, ifølge leder.

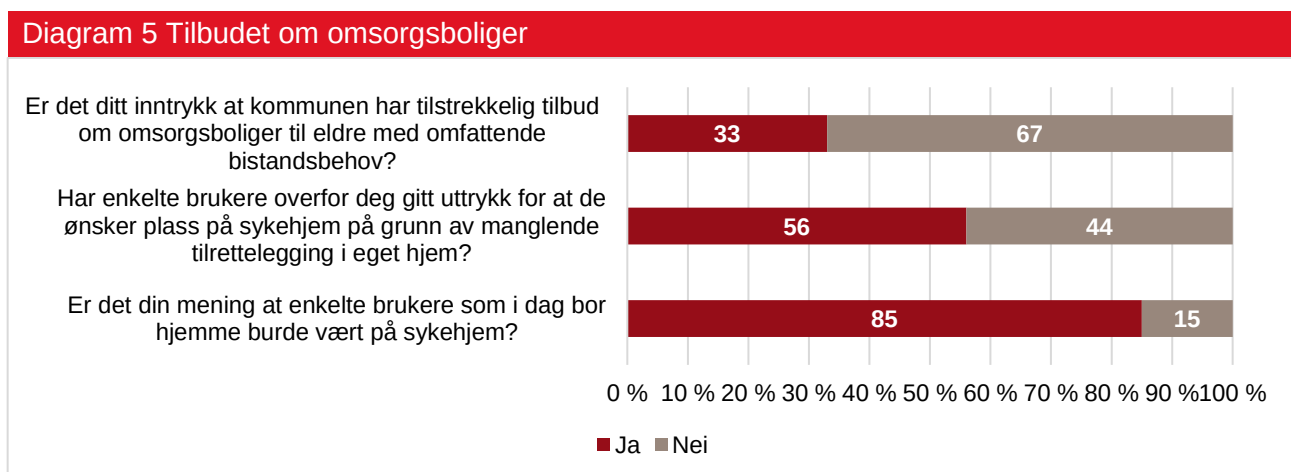
Også i delrapport 1 fra det tidligere omtalte prosjektet «Tjenestetorg helse og mestring» framkommer informasjon om at kommunen har for få omsorgsboliger sammenlignet med behovet. Eksempler som er gitt i rapporten er ulike type boliger med bemanning og boliger tilpasset funksjonshemmede. Rapporten beskriver også at det er lang ventetid for å få bolig, og at det på det aktuelle tidspunktet var cirka 13 personer på venteliste.

Bokollektiv

PRO Jessheim Vest har også etablert et bokollektiv som var nytt i 2019. Her er det ti plasser, både langtidsplasser og korttidsplasser. Dette er beboernes eget hjem og beboerne betaler husleie. Det er hjemmetjenesten som gir beboerne tjenester, samt at det er en ansatt på dag og kveld som bistår med måltider, og setter i gang sosiale aktiviteter.

Oppfatninger av tilbudet om omsorgsboliger

I spørreundersøkelsen ble ansatte i hjemmetjenesten bedt om å svare på om de har inntrykk av at kommunen har et tilstrekkelig omsorgsboligtilbud til eldre med omfattende bistandsbehov, og om brukere i dag er plassert på riktig omsorgsnivå. Diagrammet nedenfor viser svar på spørsmål vedrørende tilbudet om omsorgsboliger.



Kilde: RRI 2021 (N=79)

Diagrammet viser at 67 prosent av respondentene svarer at de ikke har inntrykk av at kommunen har et tilstrekkelig tilbud om omsorgsboliger til eldre med omfattende bistandsbehov. 56 prosent av ansatte i undersøkelsen svarer at enkelte brukere har gitt uttrykk for at de ønsker plass på sykehjemmet på grunn av manglende tilrettelegging i egen bolig, og 85 prosent svarer at de selv mener enkelte brukere som i dag bor hjemme burde vært på sykehjem.

Også prosjektleder for innføring av velferdsteknologi i kommunen uttrykker i intervju at kommunen i større grad kunne vært rustet til å møte utfordringen med at flere skal og vil bo hjemme, og ikke flyttes til institusjon. Hun utdyper at det er fint at kommunen i dag har tre ulike steder med bo- og aktivitetstilbud, men at det ikke er nok omsorgsboliger/omsorgsplasser ut fra behovet som vil være

framover. Leder for eldrerådet uttrykker også i intervju at han mener det er satt av alt for lite midler til utredning og bygging av omsorgsboliger, og at eldrerådet følger med på dette.

5.2.5 Innføringen av omsorgsplasser ved de ulike PROene

I det følgende delkapittel beskriver vi prosess knyttet til den pågående etableringen av omsorgsplasser per PRO-enhet i kommunen, primært basert på hvordan de tre avdelingslederne beskriver dette. Omsorgsplasser er tidligere omtalt blant annet i kapittel 5.2.4. Omsorgsplasser vil si omsorgsbolig med fast bemanning tilknyttet seg, hvor hensikten er at eldre skal kunne bo hjemme lengre og som et alternativ til institusjonsplass. Omsorgsplassene forutsettes etablert ved de tre PROene ved at de tidligere omsorgsboligene omgjøres til omsorgsplasser med fast bemanning fra hjemmetjenesten dag og kveld, og tilknytning til natt-tjenesten på natten.

PRO Jessheim Vest

Avdelingsleder forteller at det per november 2022 ikke var brukere med omsorgsplasser ved PRO Jessheim Vest. Årsaken er at det ikke er ressurser til bemanning til disse plassene enda på enheten. I påvente av ressurser til omsorgsplasser fikk heller ingen tildelt omsorgsboliger uten bemanning her, ifølge avdelingsleder. Ifølge virksomhetsplanen for PRO Jessheim Vest for 2022 var det ikke innvilget tilstrekkelig midler til å kunne sikre den bemanningsfaktoren som var nødvendig for å bemanne en omsorgsplass med dag og kveld syv dager i uken. Pro Jessheim Vest må derfor avvente med å bemanne omsorgsplassene til 2023. Avdelingen hadde fått innvilget ressurser til en stilling mer i natttjenesten som betjener hele kommunen, herunder også fremtidige omsorgsplasser.

Planen er at personer med helseutfordringer primært innen somatikk skal prioriteres for omsorgsplasser ved PRO Jessheim Vest.

PRO Jessheim Øst

Avdelingsleder for PRO Jessheim Øst forteller at det ikke er bevilget tilstrekkelige ressurser til omsorgsplasser på enheten og at det må følge med penger hvis det skal være stedlig bemanning i boligene. Omsorgsboligene er per november 2022 fulle her, og beboerne får hjelp/punkttjenester fra hjemmetjenesten etter behov, ifølge avdelingsleder. Det er det samme tilbudet som gis per i dag uavhengig om det er kalt omsorgsboliger eller omsorgsplasser, ifølge avdelingsleder. På sikt er planen at personer med helseutfordringer primært innen psykiatri skal prioriteres for omsorgsplasser ved PRO Jessheim Øst.

Virksomhetsplanen for PRO Jessheim Øst for 2022 viser til at det var vedtatt at omsorgsboliger som blir omgjort til omsorgsplasser skal bemannes med én stilling dag og kveld. Det står ikke i virksomhetsplanen når disse stillingene vil bli bemannet.

PRO Kløfta

Avdelingslederen oppgir videre at det er flere ledige plasser i omsorgsboligene. Det er mange årsaker til dette, blant annet at avdelingen ikke hadde tilstrekkelig bemanning på plass med hensyn til å kunne tildele tjenesten omsorgsplass. Kommunen var i en prosess med å etablere stedlig bemanning. Ifølge enhetens virksomhetsplan for 2022 så vil omsorgsboliger som blir omgjort til omsorgsplasser

bemannet med én stilling dag og kveld. Avdelingen fikk tilført 500.000 kroner i 2021 for å starte prosessen og videre styrking i 2022 for å dekke helårseffekt, til sammen 1,154 millioner kroner.

Planen på sikt er at personer med demens skal prioriteres for omsorgsplasser ved PRO Kløfta.

5.3 Dagtilbud til eldre og personer med demens

Nedenfor følger en beskrivelse av dagtilbud til eldre i kommunen og kapasiteten i dagtilbudene. Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende kan være viktig for å utsette en institusjonsinnleggelse, og er samtidig en viktig avlastning for pårørende. Fra 2020 er det som beskrevet i kapittel 4.1.2 lovpålagt for kommunene å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

5.3.1 Ordinært dagtilbud

Ullensaker kommune har dagsenter med tilbud om sosialt samvær og ulike aktiviteter til hjemmeboende eldre og utføre ved Kløfta bo- og aktivitetssenter (PRO Kløfta), Gjestad bo- og aktivitetssenter (PRO Jessheim Vest) og Gystadmyr bo- og aktivitetssenter (PRO Jessheim Øst). Dagsentrene har ulike aktiviteter som trim, bingo, allsang, konserter, turer og formingsaktiviteter. Åpningstidene varierer noe mellom de ulike sentrene. Totalt antall brukere av ordinært dagtilbud har økt fra 66 brukere i 2016 til 89 brukere i 2020 (Ullensaker 2021c).

5.3.2 Dagtilbud til personer med demens

På Gjestad bo- og aktivitetssenter er kommunens dagsenter for personer med demens kalt «Hjerterommet 1 og 2.»

Ifølge informasjon fra kommunen har Hjerterommet 1 og 2, seks plasser hver. I hver avdeling jobber det to ansatte i 100 prosent stilling for å ivareta disse brukerne. Deltagerne på hjerterommene er hjemmeboende med en demenssykdom som gjør at de har behov for tilrettelagte aktiviteter på dagtid. De er tildelt plass fra 1-5 dager i uken etter behov og kapasitet. Ifølge kommunens årsberetning for 2020 var det 31 brukere av hjerterom i 2020, mens det i 2016 var 24 brukere. Målet med dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende er oppfølging rundt ernæring og av sykdommen, samt at det skal være en arena for aktivitet i et hyggelig og sosialt miljø. Hjerterommene er også en avlastningsarena for pårørende med stor omsorgsbelastning.

5.3.3 Kapasiteten i dagtilbudene

Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Vest mener dagaktivitetstilbudet til eldre i kommunen er godt. Dagsenteret for alle brukerne på Gjestad bo- og aktivitetssenter er noen ganger ikke helt fullt. Avdelingsleder mener det er behov for et nytt dagsenter med spesialisering innen demensomsorg.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Øst beskriver at dagtilbudet akkurat nå er tilstrekkelig og at de har ledig kapasitet, men hun er mer usikker på om tilbudet er tilrettelagt for alle. Noen brukere vil ikke benytte tilbudet av ulike grunner. Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Kløfta mener eldre med kognitiv svikt blir vel ivaretatt på Hjerterommet 1 og 2.

Leder for tildelingsenheten forteller at han mener kommunen har for dårlig kapasitet på dagtilbud til eldre. Han mener flere burde fått dagtilbud, og flere burde fått tilbudet flere ganger i uken. Han beskriver videre at de ikke gir avslag på søknader om dagtilbud, og at kommunen strekker seg langt for å kunne gi et tilbud til alle som ønsker det. Dette handler blant annet om hvordan kommunen kommuniserer med pårørende, beskriver han. Han mener videre at dagtilbudet til personer med demens er forsvarlig, men at det likevel er for dårlig ut fra behovene som befolkningen i Ullensaker kommune har i dag og i framtiden. Ansatte som arbeider på dagsentrene, er veldig flinke og det gis et godt tilbud ut fra forutsetningene med hensyn til ressurser til kompetanse og bemanning i antall, ifølge lederen.

Demenskoordinator mener det er behov for flere dagsenterplasser for personer med demens i nærmiljøet. Antall plasser er viktig også med tanke på avlastning for pårørende. Brukerne på Hjerterommet 1 og 2 er kognitivt dårligere enn de var tidligere og det er medfører mye ekstra jobb for de ansatte, ifølge demenskoordinator. Det er mange brukere med demens også ved de andre dagaktivitetssentrene. Under koronapandemien var dagsentrene stengt i en periode og da gikk demenskoordinator og dagsenterets ansatte hjem til enkelte. Dette var spesielt viktig for brukere som bodde hjemme alene. Enkelte brukere ble dårligere i denne perioden. Grunnet pandemien har det gått en lang periode uten inntak av nye brukere til dagsenterplassene.

5.3.4 Andre dagtilbud for personer med demens

Ifølge demenskoordinator er det et tilbud om brukerskole for personer med demens, som startet som et ti-ukers kurs, og som er blitt forlenget til en ukentlig møteplass. Det er ti personer som møter fast én gang i uken på Lykkebo, hvor demensrådgiver og demenskoordinator gir faglig informasjon om førerkort, medisiner, legebesøk og alt som opptar de besøkende. Det er både faglig program, gymnastikk og servering. Det er ikke ressurser til å treffes mer enn én gang i uken. Kommunen har ifølge demenskoordinatoren problemer med å få tak i de yngre personene med demens. Den yngste på Lykkebo er i femtiårene, mens den eldste er i åttiårene. Personene er rekruttert gjennom hjemmebesøk, fastleger og henvendelser fra personen selv og pårørende. Demenskoordinator prøver å komme inn tidlig.

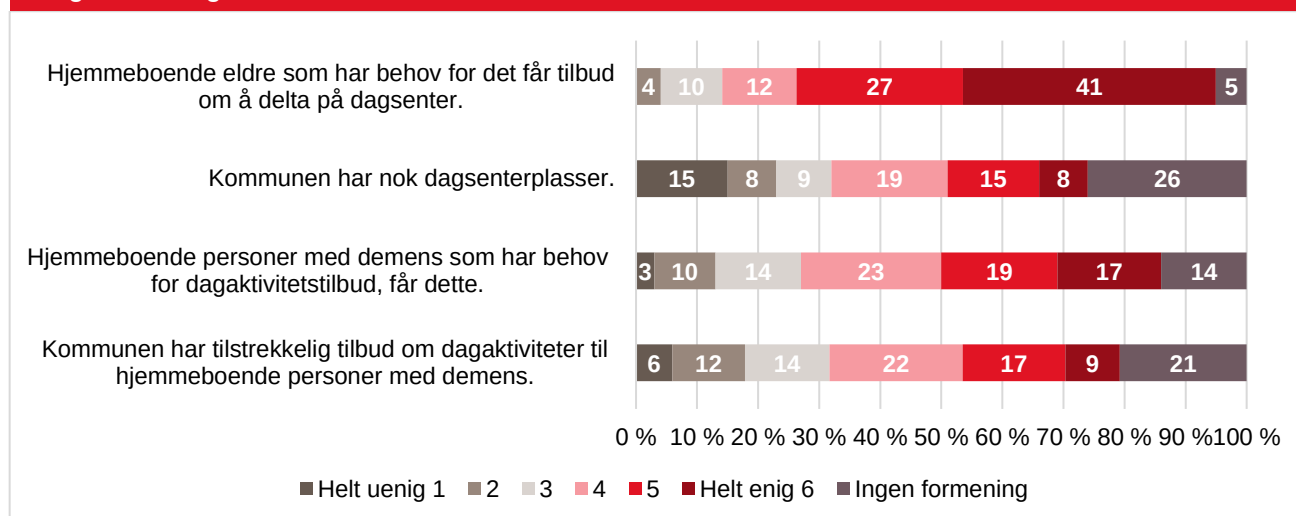
Det har vært forsøkt å rekruttere aktivitetsvenner¹³ blant befolkningen i Ullensaker, men det har ikke lyktes. Demenskoordinator tror dette skyldes at mange synes det er vanskelig å binde seg en gang i uken og det krever også noe kompetanse om demens, forklarer demenskoordinator. Det med kommunikasjon er vanskelig, det er enkelte som bor hjemme som har nedsatt språkfunksjon.

5.3.5 Ansatte i hjemmetjenestens vurdering av dagtilbudet i kommunen

Diagrammet nedenfor viser hvordan ansatte vurderer ulike påstander rundt kommunens dagaktivitetstilbud.

¹³ En aktivitetsvenn er en frivillig som gjør aktiviteter sammen med en som har demens.

Diagram 6 Dagaktivitetstilbud



Kilde: RRI 2021 (N=78)

Et stort flertall, 80 prosent, svarer at de er helt eller delvis enige i at hjemmeboende eldre som har behov for det får et tilbud om å delta på dagsenter. Samtidig svarer 32 prosent at de er helt eller delvis uenige i at kommunen har nok dagsenterplasser. Når det gjelder tilbudet til personer med demens, svarer 27 prosent at de er helt eller delvis uenige i at de som har behov for det får et tilbud om dagaktiviteter, og 34 prosent er helt eller delvis uenige i at kommunen har tilstrekkelig med dagaktivitetstilbud til denne gruppen. Om lag hver fjerde respondent har ingen formening om hvorvidt kommunen har tilstrekkelig med dagtilbud.

I kommunebarometeret¹⁴ for 2020 kommer det fram at andelen personer med demens med vedtak om dagaktivitetsplass var 39 prosent¹⁵ i Ullensaker kommune. Gjennomsnittet for de kommunene som rapporterte på dette til Helsedirektoratet var totalt sett 30 prosent.

5.4 Kompetanse om demensomsorg i hjemmetjenesten

I dette delkapitlet gjennomgår vi de ulike hjemmetjenesteavdelingenes status knyttet til kompetanse om demensomsorg.

5.4.1 PRO Jessheim Vest

Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Vest oppgir at avdelingen har ansatte som har en del erfaringskompetanse om demens, men for lite formell kompetanse. Avdelingen var i gang med å skulle arrangere opplæring i Demensomsorgens ABC, men har de siste tre årene ikke tilbudt noen kurs innen demens. Avdelingen har imidlertid arrangert temalunsjer innenfor de siste tre årene og noen fagdager.

¹⁴ Her rangeres kommunene etter 151 nøkkeltall, på tvers av 12 ulike sektorer.

¹⁵ Målt mot antall hjemmeboende personer med demens (kommunebarometeret.no)

Avdelingen har ikke egne demenskontakter eller ressurspersoner innen demens. Avdelingen samarbeider med kommunens demensrådgiver og demenskoordinator. Avdelingen har ikke egne rutiner/prosedyrer innen demens, men dette er med i kartleggingsarbeidet når avdelingen mottar en ny bruker. Alle ansatte går til pasienter med demenssykdom, men avdelingen ønsker å være færre som besøker disse, men det er avdelingen per nå ikke gode nok på, oppgir avdelingsleder.

5.4.2 PRO Jessheim Øst

Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Øst forteller at hos dem er det egne ressurspersoner innen demens som arbeider sammen rundt brukere som trenger tettest oppfølging. Ressurspersonene har deltatt i Demensomsorgens ABC. Avdelingen har hatt søkelys på opplæring innen demensomsorg de siste tre årene, også for de som utfører praktisk bistand. Så langt de «får det til» tar avdelingen hensyn til hvem som går til personer med demens, oppgir avdelingsleder.

5.4.3 PRO Kløfta

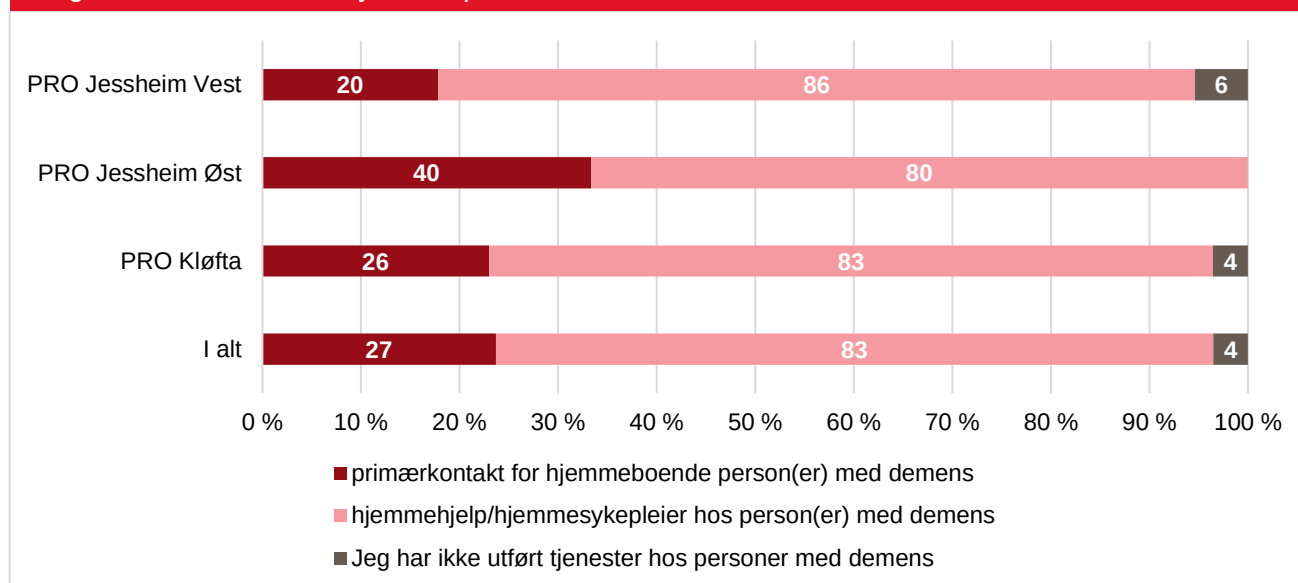
Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Kløfta beskriver at det er et ønske at ansatte skal ha grunnleggende kompetanse om demens ved nyansettelser. Avdelingsleder mener kompetanse om demens blant ansatte generelt er god og at det i 2021 ble gjennomført kurs/foredrag på tre timer. Det er den samme undervisningen de hadde for et par år siden, og det samme opplegget gis for vikarer. I utgangspunktet mener hun alle ansatte kan utføre tjenester hos personer med demens – men hvis det er utfordrende brukere vil man se an kompetansen, slik man også gjør ved andre sykdommer.

I virksomhetsplanen for PRO Kløfta for 2022 var et av enhetens satsningsområder «Kompetanseheving for ansatte, øke bevisstheten og fokus hos ansatte på hva personsentrert omsorg og tillitsskapende arbeid innebærer.» De to andre PRO'ene hadde ikke tilsvarende tiltak, men alle skriver i virksomhetsplanene at Ullensaker kommune skal bli en demensvennlig kommune og at PRO-enheten deltar inn i dette arbeidet.

5.4.4 Ansattes oppfatninger av kompetansen i hjemmetjenesten i PROene

Som en sentral bakgrunnsinformasjon ble ansatte i spørreundersøkelsen bedt om å oppgi hvilken funksjon de har hatt «vis a vis» personer med demens. Totalt sett oppgir 27 prosent av respondentene at de er primærkontakt for person(er) med demens, og 83 prosent oppgir at de har vært hjemmehjelp/hjemmesykepleier hos person(er) med demens. Diagrammet under viser hvordan fordelingen var per PRO-enhet.

Diagram 7 Ansattes funksjon hos personer med demens

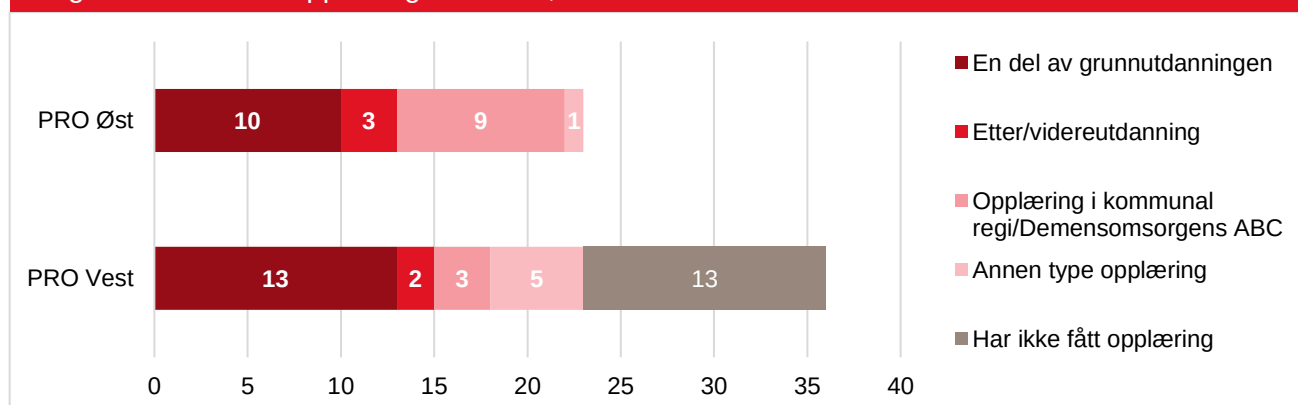


Kilde: RRI 2021 (N=78)

Diagrammet viser at PRO Jessheim Vest har den høyeste andelen respondenter som oppgir at de utfører hjemmetjenester (hjemmehjelp/hjemmesykepleie) hos personer med demens (86 prosent), men er samtidig den enheten med en lavest andel (20 prosent) som oppgir at de er primærkontakt for personer i målgruppen. PRO Jessheim Øst er enheten med den største andelen respondenter (40 prosent) som oppgir at de er primærkontakt for personer med demens, mens den samme andelen utgjør 26 prosent i PRO Kløfta.

I spørreundersøkelsen skulle ansatte krysse av for hvor de har fått opplæring om oppfølging av personer med demenssykdommer og deres pårørende. I alt 42 prosent oppgir at dette var en del av grunnutdanningen, mens 23 prosent oppgir at de ikke har fått slik opplæring verken i grunnutdanningen eller andre steder. Fordelingen per PRO-enhet viser at det er variasjon med hensyn til hva ansatte oppgir av opplæring. Diagrammet under viser resultatene fra henholdsvis PRO Jessheim Vest og PRO Jessheim Øst hvor variasjonene var størst.

Diagram 8 Ansattes opplæring i demens, i antall



Kilde: RRI 2021, (N=20 PRO Øst, N=35 PRO Vest)

Fordelingen viser at PRO Jessheim Øst skiller seg ut ved at ingen respondenter derfra oppgir at de ikke har fått opplæring. Dette er også den enheten hvor den største andelen, det vil si halvparten, oppgir at opplæring innen demenssykdommer var en del av grunnutdanning, og hvor den største andelen oppgir at de har videreutdanning innen demenssykdommer. Den samme enheten har den største andelen ansatte som har deltatt i opplæring i kommunal regi/Demensomsorgens ABC.

PRO Jessheim Vest er den enheten hvor en størst andel oppgir at de ikke har fått noe opplæring om oppfølging av personer i målgruppen. Dette er også den enheten hvor færrest har deltatt på opplæring i Demensomsorgens ABC. Spørreundersøkelsen viser videre at ingen respondenter i PRO Kløfta oppgir at de har videreutdanning innen demens, og svært få har deltatt på Demensomsorgens ABC, men flere har deltatt i «annen type opplæring». Av kommentarer kommer det fram at dette innebærer kurs, veiledning, faglunsj m.m.

Når det gjelder ansattes oppfatning av hvorvidt de selv og hjemmetjenestens ansatte samlet sett har tilstrekkelig kompetanse om oppfølging av personer med demens, svarer 54 prosent at de selv har dette i «noen grad», og 45 prosent mener tjenesten samlet sett har slik kompetanse i «stor grad». 47 prosent samlet oppgir at de kjenner til nasjonale faglige retningslinjer om demens. I PRO Jessheim Øst oppgir 65 prosent dette, mens dette gjelder 39 prosent i PRO Kløfta.

Tall fra kommunebarometeret 2020 viser at Ullensaker kommune ligger på nasjonalt nivå når det gjelder ansatte innen pleie og utdanning med fagutdanning. Samtidig ligger kommunen langt under landsgjennomsnittet med hensyn årsverk for geriatriske sykepleiere¹⁶ per 1000 eldre over 80 år. Her er landssnittet på 11 årsverk, mens det tilsvarende er fire årsverk i Ullensaker.

Kjennskap til kommunale tilbud til personer med demens, utgjør som beskrevet i kapittel tre en del av den opplæringen ansatte bør få. I spørreundersøkelsen svarer samlet 24 prosent ja, at de kjenner til hvilke tilbud kommunen har for personer med demens og deres pårørende, mens 59 prosent svarer at de delvis har kjennskap, men at de gjerne skulle hatt mer informasjon.

Demenskoordinator oppgir i intervju at interessen for demensomsorg i hjemmetjenesten har økt de siste årene. Hjemmetjenesten er ofte med på kartleggingsbesøkene. Demenskoordinator har en rolle i å gi opplæring, kurs og veiledning til hjemmetjenesten, og har også jevnlige møter der de kan gi råd/veiledning knyttet til oppfølging av den enkelte bruker. Demenskoordinator tror hjemmetjenesten ivaretar personer med demens godt nok, og mener det har blitt bedre enn det var tidligere. Demenskoordinator foreslo tidlig å etablere demensteam i kommunen, men det ble ifølge koordinator

¹⁶ <https://sml.snl.no/geriatri>: Geriatri er læren om sykdommer som opptrer i forbindelse med alderdommen og individets aldring, det vil si at aldring er en vesentlig risikofaktor til at sykdom oppstår. Det betyr i hovedsak sykdommer som opptrer med økt hyppighet i alderen over 70–75 år, for eksempel Alzheimers sykdom.

ikke gitt midler til en slik etablering. Demenskoordinator har tilgang til ergoterapeut som kan være med på kartlegging etter behov.

5.5 Bruk av velferdsteknologi

Tiltak som ivaretar kontakt og tilsyn med hjemmeboende er viktige virkemidler for at brukere skal kunne bo lengst mulig hjemme. I dette kapitlet gjengis derfor status for bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten i Ullensaker.

5.5.1 Status i Ullensaker

Prosjektleder for velferdsteknologi i kommunen mener at Ullensaker har kommet langt på området sammenlignet med andre kommuner. Tabell 3 viser omfanget av ulike velferdsteknologiske løsninger i Ullensaker.

Tabell 3 Antall hjemmeboende eldre over 67 år med velferdsteknologi i hjemmet, per 01.10.21

Tiltak	Antall
Digital trygghetsalarm	435
Elektronisk medisindispenser	32
GPS-klokke	0
Elektronisk dørlås (e-lås)	400 (+35 nøkkelbokser)
Medisinsk avstandsoppfølging	32
Digitalt tilsyn	0

Kilde: Informasjon oppgitt av Ullensaker kommune 2021

Vi ser av tabell 3 at Ullensaker kommune benytter seg av digitale trygghetsalarmer, elektronisk medisindispensere, e-lås og medisinsk avstandsoppfølging, men ikke av digitalt tilsyn og GPS-klokke.

Romerike Revisjon IKS har i 2021 også undersøkt bruk av velferdsteknologi i Eidsvoll og Nannestad kommune (Romerike Revisjon 2021ab). I Eidsvoll og Nannestad var det også et visst omfang av brukere med digital trygghetsalarm. I Eidsvoll var det også relativt mange med elektronisk dørlås, men det var få i Nannestad. Bruken av elektronisk medisindispensere var langt mer omfattende i Ullensaker, enn i Eidsvoll og Nannestad på undersøkelsestidspunktet. Hverken GPS-klokke eller medisinsk avstandsoppfølging var utbredt i Eidsvoll og Nannestad.

Ullensaker kommune deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som er den nasjonale satsningen Helsedirektoratet, eHelsedirektoratet og KS har på velferdsteknologi i kommunene. Ullensaker har byttet ut alle analoge trygghetsalarmer med digitale mobile trygghetsalarmer og installert nytt pasientvarslingssystem på Helsehuset samt ved Gjestad bo- og aktivitetssenter, avdeling Toppen. Kommunen har også montert e-låser hos beboere med behov for dette.

Prosjektleder for velferdsteknologi i kommunen forteller at trygghetsalarmene har toveis tale, og at alarmen når den blir utløst først kommer til den ansatte i hjemmesykepleien som befinner seg nærmest bruker. Trygghetsalarmene er integrert mot kommunens elektroniske journalsystem. Dette ser prosjektleder som en styrke, også at tjenesten ivaretas av kommunen selv bidrar til økt kvalitet og mer kontroll over responstidene. Trygghetsalarm bidrar ifølge henne til at eldre kan bo lenger hjemme og hun viser til at alle som ønsker å få dette får det av kommunen mot betaling.

Alle de mobile trygghetsalarmene har innebygd GPS, og kan settes opp med «geofence»¹⁷, men kommunen har valgt å ikke benytte seg av dette. Ullensaker har ikke tatt i bruk GPS-tjenester.

Medisinsk avstandsoppfølging er et nasjonalt prosjekt som pilotes i Ullensaker kommune på oppdrag fra Helsedirektoratet. Prosjektet er et samarbeid mellom Ullensaker og Gjerdrum kommune, fastleger i begge kommunene, Digitale Gardermoen, Akershus universitetssykehus og LHL-sykehuset Gardermoen. Fra sommeren 2021 ble også fire andre kommunene partnere i prosjektet. Brukergruppen er pasienter som akuttinnlegges med KOLS og det er AHUS-pasienter, og framover skal tilbudet også gis til pasienter som kommer fra Kongsvinger sykehus. Ved første utprøving har alle brukere fått utstyr som nettbrett med blodtrykkmåler og de fyller ut spørreskjemaer og følges opp en gang i uken. Pasienten må selv sørge for å ha nettbrett eller smarttelefon. Her er det ikke hjemmetjenesten som står for oppfølgingen, men senter for omsorg og lindring i Ullensaker kommune. Hjemmetjenesten har bistått med lister og aktuelle kandidater er utplukket av koordinerende sykepleiere, ifølge prosjektleder.

Medisinsk avstandsoppfølging vil si at brukeren selv innrapporterer informasjon om egen helsetilstand via et nettbrett til tjenestene som så registreres i pasientjournal. Dette kan være avtalte målinger som for eksempel blodtrykk, vekt, blodsukker eller surstoff i blodet. Resultatene kan overføres automatisk tilbake til helse- og omsorgstjenesten.

Kommunene Ullensaker og Hurdal mottok i 2018 midler fra spredningsprosjektet i fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og de mottatte midlene gikk til spredning av elektronisk medisineringsstøtte, eller elektroniske medisindispensere, og er i dag et integrert tilbud i tjenesten, ifølge prosjektleder. Framover vil også tjenestene til psykisk helse og rus og personer med funksjonsnedsettelse ta i bruk elektronisk medisindispenser. Kommunen bruker Evondus medisindispenser med multidose og har også anskaffet fire pilledispensere (minievondus) som skal tas i bruk. Bruk av medisindispenser har vært en kjempesuksess og er blitt satt i system og med gode

¹⁷ Brukes for å følge med på eller kartlegge en persons bevegelser eller forflytninger.

rutiner, ifølge prosjektleder. Det er også brukere med lett kognitiv svikt som benytter elektronisk medisineringsstøtte.

5.5.2 Status for innføring og utprøving av velferdsteknologi

Ifølge prosjektleder for velferdsteknologi i kommunen er digitaliseringsarbeidet ennå ikke godt nok satt i system. Ullensaker er ikke lenger med i Digitale Gardermoen og den interne IT-avdelingen er i liten grad involvert i arbeidet med velferdsteknologi, men det er dialog mellom prosjektet og IT-avdelingen, ifølge prosjektleder. Videre uttrykker hun at roller og ansvar knyttet til forvaltningen av velferdsteknologien er uklar. Det er IT-avdelingen som har ansvar for systemet for elektronisk pasientjournal, mens de velferdsteknologiske løsningene fortsatt er knyttet til prosjekt. For å lykkes mener prosjektlederen det er noen som må ha iverksetting av velferdsteknologiske løsninger i kommunen som hovedjobb.

En stor utfordring som prosjektleder trekker fram er innføring eller utprøving av velferdsteknologi i forbindelse med etablering av de nevnte omsorgsplassene. Per i dag er ikke disse plassene utstyrt med noe velferdsteknologi og om kommunens ambisjoner her skal gjennomføres må det ifølge henne gjøres utredninger og anskaffelser. Kommunen har videre lite erfaring med bruk av annen velferdsteknologi enn det som er blitt finansiert av Helsedirektoratet og det er ifølge prosjektlederen mye usikkerhet knyttet til samtykke og informasjonssikkerhet knyttet til ny teknologi.

Hjemmetjenesten bruker mye tid på å kjøre ut multidose og enkeltmedisiner til pasienten. Framtiden er at eldre i større grad kan hente dette selv på apoteket og hvor det ikke er behov for at kommunen bistår, ifølge prosjektleder.

Kommunen har ikke gjennomført Velferdsteknologiens ABC¹⁸, men en leverandør har vært inne og gjort opplæring på tvers av hjemmetjenestene. Det er også en ressursperson innen medisindispenserteknologi i hver PRO-enhet.

Kommunen har i liten grad tatt i bruk teknologi som legger til rette for heldøgnsomsorg i hjemmet. Dette kan for eksempel være en type digitalt tilsyn som sender stille varsel, sensorer ved fall etc. Det er ingen planer i kommunen om å ta i bruk slik teknologi per i dag, ifølge prosjektleder.

I spørreundersøkelsen til de ansatte i hjemmetjenesten svarer en stor overvekt av ansatte at de er helt eller delvis enige i at kommunen jobber aktivt med å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, og er også helt eller delvis enige i at ordningen med trygghetsalarm fungerer godt. Samtidig er hver tredje ansatt helt eller delvis uenige i at hjemmeboende brukere får informasjon om velferdsteknologiske

¹⁸ Det er en opplæringspakke i regi a KS som finansieres av Helsedirektoratet ved Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Kursopplegget er i omfattende bruk i kommunene som en basisopplæring om velferdsteknologi, tjenesteinnovasjon og hvordan man skal jobbe med velferdsteknologi i en helhetlig tjenestemodell.

løsninger de kan benytte seg av, og en like stor andel er helt eller delvis uenige i at personer med demens og deres pårørende får tilbud om aktuelle velferdsteknologiske løsninger.

Avdelingsleder hjemmetjenesten i PRO Jessheim Vest mener at velferdsteknologi bidrar til at brukere kan bo lenger hjemme. Bortsett fra ved multidose (medisindispenser), er det ingen rutine som beskriver hvem som skal gi informasjon om teknologien. Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Øst bekrefter at omsorgsplassene per i dag ikke har velferdsteknologiske løsninger, i form av «smarte rom», og bevegelsessensor. Det er ifølge henne penger det står på, og hun mener det vil bli nødvendig at omsorgsplassene må utstyres bedre, slik at ansatte for eksempel blir varslet om at brukeren er på vei ut.

5.6 Revisjonens vurderinger

Vurderingene er gjort opp mot utledete revisjonskriterier der revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør tilrettelegge for at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig hjemme i tråd med vedtatte mål og tiltak.

Revisjonen vurderer at kommunen har startet med å gjennomføre vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet. Kommunen har blant annet hatt en økning i dagaktivitetstilbudet til eldre, deltar i prosjektet «Leve hele livet», og har tatt i bruk flere velferdsteknologiske løsninger. Det har også vært en økning i vedtak om hjemmetjenester og reduksjon i vedtak om institusjonsplasser. At eldre skal kunne bo lengst mulig i eget hjem synes å være en etablert holdning blant ansatte og ledere i kommunen.

Kommunen er i ferd med å etablere omsorgsplasser, men undersøkelsen viser at kommunen enda ikke har fått tatt i bruk disse omsorgsplassene etter intensjonen om fast bemanning. Samtidig tyder undersøkelsen på at det ikke tildeles omsorgsboliger i påvente av at nye omsorgsboliger organiseres gjennom tilvisningsavtaler, og i påvente av at omsorgsplasser skal etableres. Det er flere botilbud i innsatstrappen hvor kommunen ikke har etablert tilbud enda. Både gjennomførte utredninger, svar i spørreundersøkelsen og intervjuer indikerer at kommunen ikke har tilstrekkelig med omsorgsboliger sammenlignet med behovet. Revisjonen vil understreke viktigheten av at kommunen dimensjonerer et bo- og omsorgstilbud i tråd med kommunens innsatstrapp som tar høyde for utviklingen i befolkningssammensetningen, slik at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo og motta forsvarlige tjenester lengst mulig hjemme i tråd med vedtatte mål og tiltak. En konsekvens av ikke å lykkes med dette arbeidet kan være at kommunen ikke klarer å møte behovet i en aldrende befolkning.

Undersøkelsen tyder på at bemanningen ved hjemmetjenestene er sårbar med hensyn til kapasitet. Sårbarheten synes å være størst ved PRO Jessheim Vest, noe som også kommer fram i Arbeidstilsynets rapport høsten 2021. Revisjonen vurderer at hjemmetjenestenes robusthet er avgjørende for å kunne sikre forsvarligheten i tjenestetilbudet til eldre med omfattende bistandsbehov, både nå og i årene som kommer med flere eldre. På bakgrunn av undersøkelsen fremstår dette som et risikoområde.

Kommunen har etablert dagtilbud til eldre, blant annet for personer med demens. Etter revisjonens vurdering er kapasiteten sårbar særlig når det gjelder tilbudet til personer med demens. Hver tredje

ansatt i spørreundersøkelsen er helt eller delvis uenig i at kommunen har tilstrekkelig tilbud om dagaktiviteter til hjemmeboende personer til demens. Data fra intervjuer tyder også på at tilbudet kan forbedres og det har vært en beskjeden økning i antall brukere av tilbudet.

Kommunen har i for liten grad sikret tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte i alle avdelingene som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Over halvparten av ansatte i de tre hjemmetjenestene oppgir at de ikke kjenner til nasjonale faglige retningslinjer om demens. Videre er det flere som svarer at de ikke har hatt noen form for opplæring om demens. Kompetanse om demens blant ansatte virker også å variere mellom PRO-enhetene. Revisjonen vurderer at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har systematisert opplæringstilbudet knyttet til oppfølging av personer med demens blant ansatte i hjemmetjenesten i alle PRO-enhetene.

Revisjonen mener undersøkelsen viser at kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne. Mange ansatte er helt eller delvis enige i at kommunen jobber aktivt med å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Undersøkelsen tyder samtidig på at kommunen har et potensiale for forbedring med hensyn til å gi informasjon om velferdsteknologi til brukerne, samt i å implementere velferdsteknologi fra prosjekt til vanlig drift.

6 KARTLEGGING, VURDERING OG TILDELING AV TJENESTER

I dette delkapitlet presenteres fakta og vurderinger for å belyse undersøkelsens andre problemstilling; om kommunen tildeler tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning. Informasjonen som presenteres er primært basert på gjennomgang av sentral dokumentasjon, samt på intervjuer med ledere i hjemmetjenesten og tildelingsenheten, og spørreundersøkelse blant ansatte.

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning?	➔ Kommunen skal ha rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder sikre tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariablene i IPLOS. ➔ Kommunen skal ha utarbeidet tildelingskriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. ➔ Kommunen skal tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. ➔ Kommunen skal sikre at pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, blant annet knyttet til demens, får tilbud om pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad.

6.1 Rutiner og praksis for vurdering av bistandsbehov

6.1.1 Prosedyrer for kartlegging og vurdering av behov for helse- og omsorgstjenester

Revisjonen har fått oversendt en skriftlig prosedyre for saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Prosedyren inneholder flere aktiviteter knyttet til saksutredning, som innhenting og kartlegging av relevante opplysninger i saken som grunnlag for vurdering av bistandsbehov. Nedenfor i figur 8 følger et bilde fra rutinen som gjelder saksutredning.

Figur 8 Utdrag fra prosedyre om saksutredning

2	Saksutredning Innhent og kartlegg relevante opplysninger i saken som grunnlag for avgjørelse. a) Send foreløpig svar snarest mulig dersom det vil ta lengre tid enn 4 uker å fatte vedtak. Foreløpig svar skal inneholde informasjon om når saken kan forventes ferdig behandlet. b) Innhent relevante opplysninger fra søker selv, lege og andre aktuelle instanser. Hvis det er nødvendig må søker avgi samtykke til at opplysninger innhentes og gis. c) Gjennomfør vurderingsbesøk/kartleggingssamtale ved behov i henhold til sjekkliste. d) Foreta ny IPLOS - vurdering (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). e) Kartlegg relevante rettskilder, finn riktig lovhjemmel og aktuelle kriterier. f) Ved behov for tverrfaglig vurdering skal det innhentes kompetanse fra andre instanser. g) Dersom saken krever intern samhandling skal det innkalles til samarbeidsmøte.	Saksbehandler
---	--	---------------

Kilde: Ullensaker kommune 2021b

Figur 8 viser at saksbehandler blant annet skal innhente relevante opplysninger fra søker, lege og andre aktuelle instanser. Det skal gjennomføres kartleggingssamtale ved behov og foretas IPLOS-vurdering. Rutinen beskriver også at det ved behov for tverrfaglig vurdering skal innhentes kompetanse fra andre instanser.

Prosedyren beskriver videre hvilke vurderinger av bistandsbehov som skal gjøres på bakgrunn av saksutredningen, som vist i figur 9 på neste side.

Figur 9 Utdrag fra prosedyre om vurdering

3	Vurdering Vurderingen skal gjøres på grunnlag av opplysninger fra pkt 2 over. Det skal foretas en skjønnsmessig vurdering der søkerens situasjon holdes opp mot gjeldende vilkår og kriterier for å beslutte om søker har rett på tjenester. a) Avgjør om søker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester. Se prosedyre for tildeling av de enkelte tjenester. b) Hvis krav på tjenester; Vurderes ulike tiltak og tjenester og omfanget av disse i henhold til BEON-prinsippet. Resultatet skal være forsvarlig og hensiktsmessig i forhold til behovet, og så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient/bruker eller dennes representant. c) Avklar aktuell tjenesteutøver. d) Hvis ikke krav på tjenester; Utarbeides avslag på søknaden.	Saksbehandler
---	---	---------------

Kilde: Ullensaker kommune 2021b

Figur 9 beskriver blant annet at vurderingen skal innebære at søkerens situasjon holdes opp mot gjeldende vilkår og kriterier for retten til tjenester, og at BEON-prinsippet¹⁹ skal følges.

Prosedyren inneholder også retningslinjer for revurdering av vedtak, og sjekkliste for gjennomføring av vurderingsbesøk/kartleggingssamtale.

6.1.2 Beskrivelse av praksis for kartlegging og vurdering av behov for helse- og omsorgstjenester

Tildelingsenheten

Leder for tildelingsenheten beskriver at kartlegging gjøres på bakgrunn av søknad/henvisning hvor behovet skisseres. Saken tildeles saksbehandler med ansvar for det aktuelle saksområdet. Det gjøres en ADL-kartlegging²⁰ og IPLOS-registrering. Tildelingseheten gjør dette i de aller fleste sakene, med unntak av de tilfeller der hjemmetjenesten av ulike grunner umiddelbart har startet å gi tjenester, ifølge leder. Hvis det er hjemmetjenesten som kartlegger og vurderer bistandsbehovet hos brukeren, gir de beskjed til saksbehandleren som i alle tilfeller skal fatte vedtaket.

Leder for tildelingsenheten oppgir at dette med hvem som skal gjøre kartleggingen er et ressurssspørsmål, og at det har vært noe uenighet mellom tildelingsenheten og hjemmetjenesten rundt

¹⁹ BEON-prinsippet innebærer at tjenester skal gis på beste effektive omsorgsnivå.

²⁰ ADL står for «Activities of Daily Living».

spørsmålet. Tildelingsenheten ba i utgangspunktet om tre årsverk til for å kunne utføre kartlegginger, men fikk ifølge leder 1,5 årsverk. Han viser til at det var en dialog med hjemmetjenesten, men at det nå har oppstått en uenighet. Lederen presiserer at tildelingsenheten alltid kartlegger i de sakene som er kompliserte og prinsipielle. Som hovedregel drar de på vurderingsbesøk, og ideelt sett skulle de vært hjemme hos alle forklarer lederen, da ikke alt kan bli avdekket på telefon. Han presiserer at han mener at de ikke gjør noe uforsvarlig, men at dette avveies fra sak til sak.

Når saken kommer inn til tildelingsenheten beskriver lederen at de konfererer med andre ansatte fra andre enheter etter behov, for å ivareta tverrfaglighet. Det er også rutine for å konferere med «behandler» som hadde brukeren sist i forbindelse med behandling av søknaden. Når det gjelder institusjonsplasser, psykiatri og BPA er det faste tverrfaglige møter.

På bakgrunn av oppsummering av kartleggingen, utarbeides et vurderingsnotat i pasientens elektroniske journal, og det fattes et vedtak.

Lederen informerer om at både hjemmetjenesten og tildelingsenheten IPLOS-registrerer brukere, og at det ikke kan fattes vedtak før IPLOS er registrert. Dette skal gjøres av tjenesten hver tredje måned, eller av tildelingsenheten hvis det er de som revurderer. Prosedyren følges ikke helt opp, men lederen uttrykker at han ikke kan se at dette fører til feil av betydning. Det er nok mange brukere som ikke blir IPLOS-kartlagt før hjemmetjenesten ser at det er behov for endring i vedtak eller lignende, ifølge leder. Kvaliteten på IPLOS-registreringen kunne nok vært bedre, mener han.

PRO Jessheim Vest

Avdelingsleder hjemmetjenesten PRO Jessheim Vest oppgir at avdelingen har behov for å lage egne prosedyrer på mottak av brukere til hjemmetjenesten, utover den felles prosedyren for kartlegging og vurdering.

Avdelingsleders mening er at hjemmetjenesten tar for mange kartleggingsbesøk ut fra hva prosedyren sier. Avdelingsleder mener tildelingsenheten skal ta flere av kartleggingssamtalene. Dette uttrykker hun handler om avklaring mellom hjemmetjenesten og tildelingsenheten, noe som er fokus i en nylig gjennomført tjenesteanalyse. Hjemmetjenesten har ikke ressurser til å gjennomføre kartlegging på vegne av tildelingsenheten, og heller ikke samme kompetanse til å gjennomføre kartleggingene, ifølge avdelingsleder. Hjemmetjenesten burde heller få mulighet til å prioritere oppgavene som hjemmetjenesten faktisk har ansvar for. Når det gjelder tverrfaglighet i kartleggingen mener hun dette har fungert ulikt i ulike perioder. Tildeling har invitert hjemmetjenesten inn, og hjemmetjenesten ønsker å bli invitert inn når det er hensiktsmessig, men ikke å delta på alt.

Avdelingen har som rutine å gjennomføre revurderinger hver tredje måned og lå ganske bra an med å følge opp dette før koronapandemien. Avdelingen har i den senere tiden hengt noe etter, men er fortsatt innenfor hva prosedyren legger opp til, ifølge avdelingsleder. Hun forteller også at IPLOS-

registrering skjer systematisk med bruk av risikotavle hver tredje måned²¹. Sykepleiere og hjelpepleiere som skal IPLOS-registrere får opplæring. Dersom det skulle skje at IPLOS-registreringen ikke ble gjort følger koordinerende sykepleier dette opp, mener avdelingsleder. Hjemmetjenesten får også tilbakemelding fra tildelingsenheten ved nye vedtak dersom det ikke foreligger IPLOS-registrering.

Pro Jessheim ØST

Avdelingsleder Jessheim Øst bekrefter at prosedyrer for kartlegging og vurdering av behov for helse- og omsorgstjenester blir benyttet blant annet ved førstegangsbesøk som hjemmetjenesten som oftest gjør. Prosedyrene for hjemmetjenesten er like mellom PRO-enhetene, men det er også noen egne prosedyrer som gjelder saker internt i PRO Jessheim Øst. Avdelingslederen forteller at de stort sett gjør alle vurderingsbesøkene selv, og har av og til med saksbehandler fra tildelingsenheten som skriver vedtakene. Avdelingen bruker et skjema hvor de krysser ut, for å være sikker på at de spør om alt de skal og deler ut informasjon. Rutinene for førstegangsbesøk har de i en egen perm.

Videre forteller hun at de gjør revurderinger hver tredje måned i forbindelse med at IPLOS-registreringer, mål og tiltaksplaner også revurderes. Revurderingene dokumenteres i pasientjournalen i en egen undergruppe. Koordinerende sykepleier er den som utfører revurderingene i avdelingen.

PRO Kløfta

Avdelingsleder PRO Kløfta forteller at når det gjelder prosedyre for kartlegging og tildeling, starter dette med at det oppstår et behov på bakgrunn av henvisning fra fastlege eller bekymring fra pårørende. Søknad sendes tildelingsenheten som ser på dokumentasjonen. Ifølge avdelingsleder gjør hjemmesykepleien kartleggingene, også når det er kompliserte brukere. Hjemmetjenesten benytter kartleggings-skjema. Registrering av IPLOS-skår foretas hver tredje måned, eller underveis ved endret tilstand.

Når det gjelder revurderinger beskriver avdelingsleder at avdelingen gjør vurderinger underveis etter behov og ved endret tilstand. Det må vurderes hvorvidt det fortsatt er behov for tjenester, eller om disse skal reduseres.

Funn fra intern kartlegging

I delrapport 1 fra prosjekt «Tjenestetorg helse og mestring» i Ullensaker er det blant annet beskrevet at «det er uklarhet om hva som skal skje på vurderingsbesøk/hjemmebesøk, eks. hvem har ansvar for besøket, hvem skal delta, ulik kvalitet på kartlegging, behov for å se helhetlig behov til bruker». Det er også beskrevet at det er manglende IPLOS-registrering på flere brukere av hjemmesykepleie.

Ansatte i hjemmetjenestens oppfatninger av praksis

På spørsmål om hvorvidt ansatte har fått informasjon om kartleggingsrutiner kommunen benytter, svarer samlet sett den største andelen (49 prosent) at de delvis har fått dette. Fordelingen per PRO-

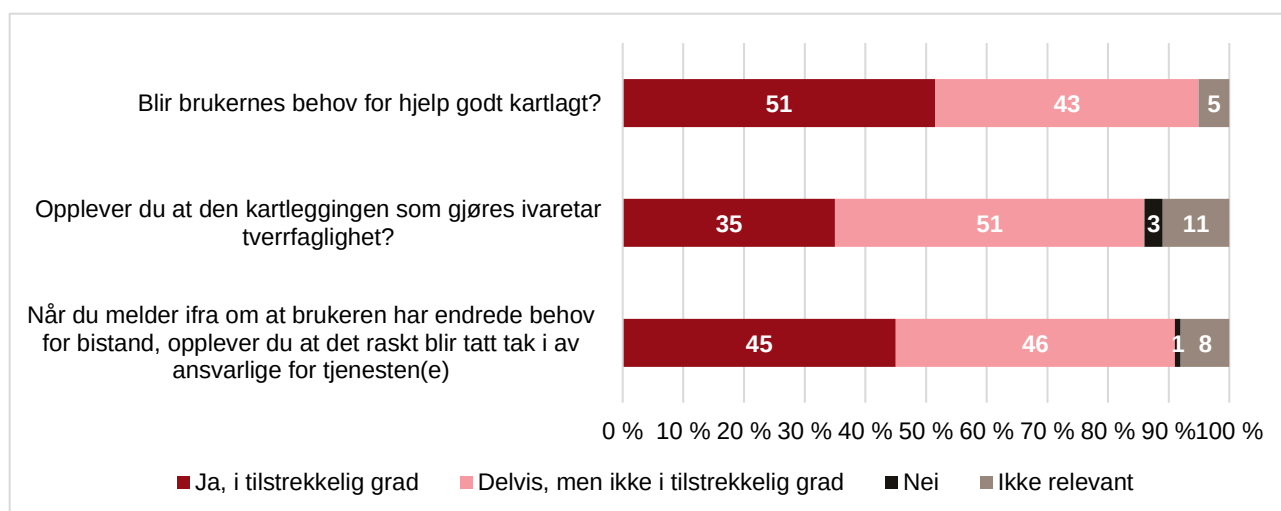
²¹ En risikotavle gir overblikk over utvalgte områder eller oppgaver med risiko for pasienter og brukere.

enhet viser at PRO Kløfta har den høyeste andelen som svarer ja til at de har fått slik informasjon, mens PRO Jessheim Vest har den høyeste andelen som enten svarer at de ikke har fått informasjon om kartleggingsrutiner eller at de bare delvis har fått dette. 19 prosent av respondentene fra PRO Jessheim Vest, svarer ja til at de har fått informasjon om kommunens kartleggingsrutiner.

Når det gjelder rutiner for IPLOS-registrering svarer over 70 prosent samlet at de er kjent med rutinene og at de har fått opplæring i IPLOS-registrering. Noe over 70 prosent oppgir også at de selv har IPLOS-registrert brukere. 27 prosent svarer delvis eller nei på spørsmålet om det er kjent med rutinene for IPLOS-registrering og 33 prosent svarer delvis eller nei på spørsmålet om de har fått opplæring i IPLOS-registrering.

De ansatte fikk i spørreundersøkelsen også spørsmål om de oppfatter at brukerne i tilstrekkelig grad blir kartlagt. Diagrammet under viser hva de ansatte oppgir med hensyn til kartleggingen.

Diagram 9 Ansattes opplevelse av kartleggingen



Kilde: RRI 2021, (N=74)

Rundt 50 prosent svarer ja, at brukernes behov i tilstrekkelig grad blir kartlagt, og like mange svarer at kartleggingen delvis ivaretar tverrfaglighet, men ikke i tilstrekkelig grad. Når det gjelder hvorvidt ansatte opplever at ansvarlige for tjenesten(e) raskt tar tak i meldinger om endrede behov hos brukerne, svarer den største andelen, 46 prosent, at dette delvis skjer, men ikke i tilstrekkelig grad.

Spesielt om demens

Demenskoordinator og demensrådgiver gjennomfører ca. 300 hjemmebesøk i året til ca. 150-200 personer og det vil si at mange familier er berørt. Demenskoordinator forteller at de per i dag ikke har kapasitet til å dekke alle behov blant brukere i målgruppen. Demenskoordinator uttrykker at det derfor kunne vært gjort mer med tanke på hvor mange brukere som har demens.

Demenskoordinator får henvendelser fra tildelingsenheten, fastlege, pårørende, A-hus og andre sykehus, tannlegen, naboen osv. Tilbudet om besøk/oppfølging fra demenskoordinator er et

lavterskeltilbud. Demenskoordinatoren kvalitetssikrer henvendelsene og tar uformell kontakt med pårørende og fastlege i starten. Videre tar hun kontakt med aktuelle personer med behov for tjenester ved å ringe til dem og spørre om hun kan komme på besøk. Det er viktig å skape trygghet rundt samtalen og det gjøres ifølge henne best i eget hjem. Ofte fører første besøk til at ulike behov for oppfølging kommer fram, og som regel ønsker demenskoordinator at pårørende er til stede.

Demenskoordinator skriver rapport fra besøket som er en kartleggingssamtale som ofte legges til grunn for innvilgelse av dagsenter, hjemmetjenester, institusjonsplass eller videre utredning. Rapporten sendes til fastlegen. Tildelingsenheten har tilgang til kartleggingen gjennom det elektroniske pasientjournalssystemet.

Demenskoordinator benytter nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sitt kartleggingsverktøy. Koordinator pleier å ha et oppfølgingsbesøk etter et halvt år. For brukere som får hjemmetjeneste er ofte hjemmetjenesten med på vurderingsbesøk og det er hjemmetjenesten som da følger opp i ettertid. Demenskoordinator følger opp ved behov.

6.2 Kommunens rutiner for tildeling av tjenester

Vi har her undersøkt om det er etablert kriterier for tildeling av hjemmetjenester (praktisk bistand og hjemmesykepleie), omsorgsbolig/omsorgsbolig med bemanning, korttidsopphold og langtidsplass på sykehjem. Nedenfor følger en gjennomgang av kriteriene Ullensaker kommune har utarbeidet for tildeling av disse omtalte tjenestene.

6.2.1 Kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester

Leder for tildelingsenheten oppgir at de har tildelingskriterier for alle helse- og omsorgstjenester som blir benyttet ved tildeling av tjenester til eldre.

Ullensaker kommune har oversendt revisjonen følgende prosedyrer for tildeling som inneholder kriterier for tildeling av den enkelte tjeneste:

- Prosedyre for tildeling av hjemmesykepleie
- Prosedyre for tildeling av praktisk bistand eller praktisk bistand og opplæring
- Prosedyre for tildeling av omsorgsplass, PRO-enhetene
- Prosedyre for tildeling av korttidsplass i institusjon
- Prosedyre for tildeling av langtidsopphold i institusjon

For tildeling av hjemmesykepleie var kriteriene følgende:

- A. Søkeren må bo eller oppholde seg i kommunen.
- B. Søker kan ikke være i stand til å ha omsorgen for seg selv, helt eller delvis, og vil for en kortere eller lengre periode være avhengig av hjelp fra helsepersonell.
- C. Behovet må kunne begrunnes ut fra relevante medisinske og funksjonsmessige opplysninger.

For tildeling av praktisk bistand eller praktisk bistand og opplæring var kriteriene følgende:

- A. Skriftlig søknad med relevante opplysninger.
- B. Søker må bo eller oppholde seg i kommunen.

For tildeling av omsorgsplass, PRO-enhetene var kriteriene følgende:

- A. Har vært bosatt i Ullensaker kommune i to år sammenhengende av de siste fem årene. I særlige tilfeller kan det gjøres unntak fra botidskravet.
- B. Mottar allerede flere helse- og omsorgstjenester i kommunen.
- C. Har vurdert og fortrinnsvis forsøkt ut tilrettelegging av hjemmet med hjelpemidler.
- D. Nåværende bolig er uegnet for brukeren.
- E. Bruker som med årsak i sykdom og/eller funksjonsnivå ikke kan bo i eget hjem.
- F. Bruker som står i fare for redusert livskvalitet og funksjonsnivå, grunnet manglende sosial kontakt.
- G. Bruker må kunne klare å benytte seg av trygghetsalarm.

For korttidsopphold er det utarbeidet kriterier for de ulike typene opphold og noen felles for alle. Felles for alle var følgende kriterier:

- A. Søkeren må bo eller oppholde seg i kommunen.
- B. Underskrevet søknad med relevante legeopplysninger, samt hensikten for oppholdet, må foreligge fra søker, evt. med hjelp fra fullmektig eller verge.
- C. Behov begrunnes ut fra medisinske og funksjonsmessige behov for opphold hvor en eller flere forhold må være tilstede.
- D. Andre aktuelle hjelpe- og tilretteleggingstiltak i hjemmet må være vurdert og/ eller utprøvd, alternativt IKU opphold for å vurdere omsorgsbehov, jfr. BEON- prinsippet.
- E. Søkeren har en periode behov for døgnkontinuerlig bistand/ tilsyn.

For langtidsopphold er det utarbeidet kriterier for de ulike typene opphold og noen felles for alle. Felles for alle var følgende kriterier:

- A. Underskrevet søknad med relevante legeopplysninger må foreligge fra søker, evt. med hjelp av fullmektig eller verge.
- B. Behovet må kunne begrunnes ut fra relevante medisinske og funksjonsmessige opplysninger.
- C. Andre aktuelle hjelpetiltak må være vurdert og/ eller utprøvd, herunder ulike hjelpe- og tilretteleggingstiltak i hjemmet, samt korttidsopphold eller rulleringsopphold i institusjon jfr. BEON- prinsippet.
- D. Dersom det er innvilget langtidsopphold, men ikke tilgjengelig plass slik at pasienten midlertidig oppholder seg på en korttids plass, prioriteres pasienten til første ledige langtids plass.

For langtidsopphold på sykehjem foreligger også kriterier for tildeling i egen forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og venteliste.

Innsatstrappen er også viktig med hensyn til tildelingskriterier, ifølge leder for tildelingsenheten. I praksis gir kommunen veldig få avslag på sykehjemsplasser informerer lederen om. Det gjøres tidlig avklaringer rundt om det er en søker som kan ha rett på sykehjemsplass eller ikke. Kognitiv svikt er nesten alltid til stede blant de som har og får sykehjemsplass.

6.3 Tilrettelegging for brukermedvirkning

Nedenfor gis en oversikt over prosedyrer, tiltak og omtale av hvordan praksisen for brukermedvirkning er i de ulike undersøkte enhetene/avdelingene. Til slutt gjengis hovedpunkter fra samtaler med leder for elderrådet og pasient- og brukerombudet.

6.3.1 Overordnede prosedyrer

Brukermedvirkning er beskrevet i prosedyre for saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. I nevnte prosedyre for saksbehandling er det blant annet beskrevet at det skal innhentes relevante opplysninger fra søker selv og gjennomføres vurderings- og kartleggingssamtale med bruker.

6.3.2 Egen «innsatsstyrke»

Revisjonen har fra kommunen fått oversendt *NS-EN 17398:2020 Pasient- og brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester: Minstekrav til personsentrerte tjenester* og veilederen til denne. Administrasjonen oppgir at disse dokumentene har vært en del av et arbeid i kommunen siden primo 2021 hvor det ble nedsatt en «innsatsstyrke» for økt brukermedvirkning i sektoren. Rapportering fra arbeidet ble overlevert linjen i lederteam september 2021 og implementering pågår.

6.3.3 Brukerundersøkelser

Det finnes ikke dokumentasjon på gjennomførte brukerundersøkelser rettet mot hjemmeboende de fem siste årene. Den siste undersøkelsen som ble gjennomført var i 2016. Det var planlagt ny undersøkelse første halvdel av 2019, men denne ble utsatt som følge av at ressursperson knyttet til dette sluttet, og at en avventet ansettelse av ny person. Det ble planlagt ny undersøkelse første halvdel av 2020, men denne ble også utsatt, da på ubestemt tid, med årsak i pandemi.

6.3.4 Praksis i de ulike enhetene/avdelingene

Tildelingsenheten

Leder for tildelingsenheten forteller at brukermedvirkning ivaretas i direkte dialog med brukeren i forbindelse med kartlegging. Det er ingen felles prosedyrer for brukermedvirkning for brukere av hjemmetjenester. Videre forteller han at de arbeider med tre nye prosedyrer for brukermedvirkning, på individ-, system- og politisk nivå. Prosedyrene skal beskrive formål for brukermedvirkningen, og kommer med en sjekkliste for hva man skal gjøre. Dette følger av nasjonal standard for brukermedvirkning, og veilederen til denne nevnt overfor i kapittel 6.3.2.

Lederen anslår at de har omtrent 30 saker/klager i løpet av året, hvor dette med ulike forventninger er et tema.

PRO Jessheim Vest

Avdelingsleder for hjemmetjenesten PRO Jessheim Vest oppgir at avdelingen kan bli bedre på å hente inne brukererfaringer og sikre brukermedvirkning. Avdelingen har ingen egne prosedyrer for brukermedvirkning i tjenesten. Brukermedvirkningen er i liten grad dokumentert systematisk, ifølge avdelingsleder. Tidligere har det vært brukerundersøkelser annethvert år, men nå begynner det å bli lenge siden, pga. koronapandemien. Et forbedringsforslag etter internt kvalitetsarbeid er at avdelingen

skal gjennomføre egen brukerundersøkelse i 2022. Innhenting av brukererfaringer er viktig i kartleggingen, og i revurderingen, hvor det er dialog med bruker. Tjenesten justeres underveis i dialog med brukeren. Avdelingen har også ulike møter, om morgenen, og runde ved lunsj, hvor også tilbakemelding fra brukere kan tas opp.

PRO Jessheim Øst

Avdelingslederen forteller at det følger av vedtaket til bruker hva bruker kan forvente av tjenesten og at brukers behov blir hørt. Under kartleggingen av behov for tjenester blir brukeren spurt «hva er viktig for deg?». Enheten har prosedyre for koordinator og individuell plan og prosedyre for primærkontakt og sekundærkontakt i helsetjenesten, som begge også skal ivareta brukermedvirkning.

Gruppen i hjemmesykepleie møtes morgen, midt på dagen og på ettermiddagen og brukers behov kan drøftes i disse sammenhengene. Det er også egne brukermøter hver 14. dag som er mere temarelatert, hvor enkelte brukers behov diskuteres.

PRO Kløfta

Når det gjelder brukermedvirkning uttrykker avdelingsleder at de sikkert har noe å hente når det gjelder brukermedvirkning. Dette er ikke alltid så lett å ivareta for eksempel når brukere har kognitiv svikt, og ikke helt ser sitt eget beste. Pårørende kan se behovet for en institusjonsplass, mens vedkommende selv ikke ser behovet. Da er det viktig med en dialog rundt samtykkekompetanse, ifølge avdelingsleder. Hjemmetjenesten PRO Kløfta har skriftlige prosedyrer for brukermedvirkning.

Ansatte i hjemmetjenestens oppfatning av brukermedvirkning

Spørreundersøkelsen viser at en høy andel av respondentene, det vil si 80 prosent, helt eller delvis er enige i at brukermedvirkning som tema er noe ledelsen er opptatt av. Samtidig er 29 prosent delvis uenige i at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at brukernes egne ønsker kan tas hensyn til.

Hvorvidt ansatte og brukeren har felles oppfatninger og forventninger til arbeidsfordelingen seg imellom, kan være en indikator på hvorvidt brukermedvirkning er satt i system. Spørreundersøkelsen viser at om lag hver fjerde ansatt helt eller delvis er uenige i at brukeren og den ansatte har enn felles forståelse av arbeidsfordelingen seg imellom.

6.3.5 Samtale med leder for eldrerådet

En sak som har vært drøftet i eldrerådet er digitaliseringen i kommunen som rådet mener ikke tar hensyn til andelen eldre over 70 år som ikke har tilgang på digitale plattformer. Dette mener de gjelder cirka 1000 av til sammen 4500 personer over 70 år. Rådet har tatt opp dette med kommunikasjonsjefen i kommunen. Han beskriver også at kommunens tilgjengelighet har blitt dårligere.

Før kunne du finne saksbehandler og kommunisere direkte hvis du gikk inn på kommunens hjemmeside. Nå er denne muligheten tatt vekk. Man finner ingenting, bare postmottak til Ullensaker, og det er ikke mulig å kommunisere direkte med noen.

6.3.6 Samtale med pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken

Pasient- og brukerombudet uttrykker at Ullensaker kommune som flere andre kommuner i for liten grad informerer om pasient- og brukerombudet og muligheten til å klage hvis pasienten mener seg dårlig eller urettferdig behandlet i helsetjenesten. Pasient- og brukerombudet hjelper pasienter, brukere og pårørende med råd, veiledning og bistand i møte med helsetjenesten. Pasient- og brukerombudet har i liten grad mottatt saker fra brukere av hjemmetjenester i Ullensaker kommune. Hjemmetjenestene er i dag i endring og det er en generell bekymring hos pasient- og brukerombudet knyttet til at terskelen for å få hjemmetjenester øker.

6.4 Støtte til pårørende med omfattende omsorgsoppgaver

I dette delkapitlet beskriver vi kommunens støttetiltak til pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, blant annet knyttet til demens. Vi beskriver kommunens praksis og prosedyrer vedrørende fattig av vedtak om pårørendestøtte, samt ansatte i hjemmetjenestens oppfatning av de pårørendes forventninger til tjenestetilbudet.

Praksis knyttet til vedtaksfattig

Leder for tildelingsenheten oppgir at kommunen fatter vedtak om avlastning og omsorgsstønning som pårørendestøtte, men kommunen fatter ikke vedtak om råd og veiledning. Kommunen vil se på dette i forbindelse med etableringen av et pårørendesenter.

Kommunen har utarbeidet prosedyre for tildeling av avlastning. Målgruppen er personer med et særlig tyngende omsorgsarbeid som har behov for regelmessig fritid og ferie og som ikke kan skaffe seg dette på annen måte. Avlastning er gratis. Kommunen har også utarbeidet prosedyre for tildeling av omsorgsstønning. Hovedformålet med omsorgsstønningens ordning er å bidra til best mulig omsorg for de som trenger hjelp i dagliglivet og å gjøre det mulig for pårørende å holde fram med omsorgsarbeidet. Kommunen har også utarbeidet tildelingskriterier både for tildeling av avlastning og for tildeling av omsorgsstønning.

Pågående satsning på pårørendestøtte

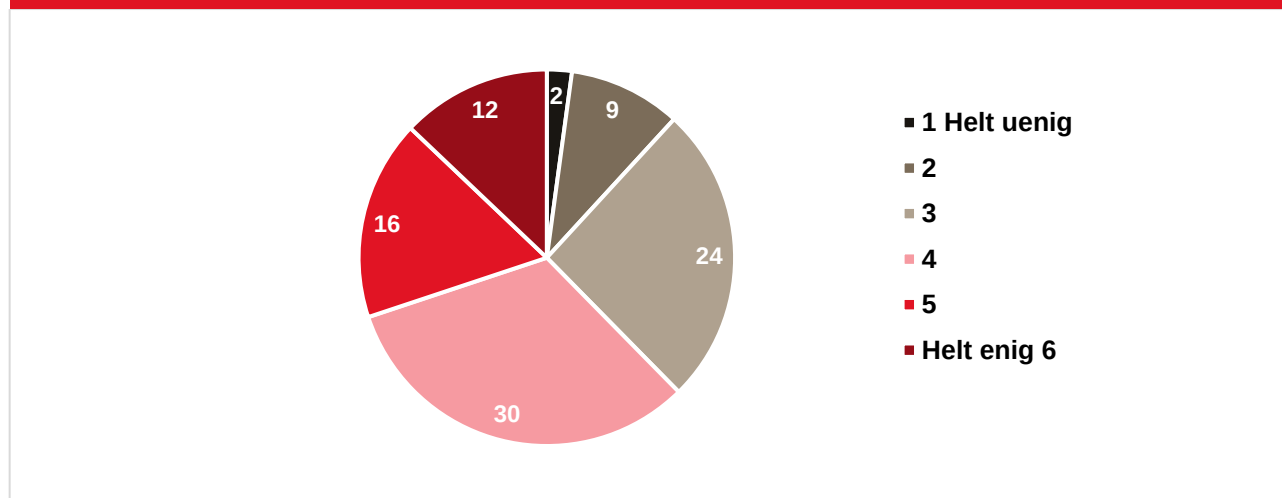
Kommunen har planer om å etablere et pårørendesenter. I et slikt hus/senter vil ivaretagelse av pårørende og systematisk pårørendesamarbeid være sentralt, ifølge leder for tildelingsenheten. Formålet med etableringen av pårørendesenteret er å øke kvaliteten på pårørendearbeidet, herunder styrke «opplæring» innen pårørendestøtten. En viktig del av dette er å også følge opp barn som pårørende/etterlatte. Arbeidet med etableringen pågår. Neste skritt er å ansette en prosjektleder/avdelingsleder og finne hensiktsmessige lokaler.

Et av tiltakene også i satsningen «Leve hele livet» er å innføre og utarbeide rutiner for systematisk pårørendearbeid.

Ansatte i hjemmetjenestens oppfatning av pårørendes forventninger

I spørreundersøkelsen blant ansatte i hjemmetjenesten spurte vi om pårørendes forventninger til hva ansatte skal utføre av oppgaver samsvarer med det de faktisk utfører. Resultatet er framstilt i diagrammet nedenfor.

Diagram 10 Pårørendes forventninger til hva ansatte skal utføre av oppgaver, samsvarer med det vi utfører, i prosent²²



Kilde: RRI 2021 (N=74)

Diagrammet viser at hver tredje ansatt oppgir at de er helt eller delvis uenige i at pårørendes forventninger til hva ansatte skal utføre av oppgaver, samsvarer med det de faktisk utfører.

I kommentarfeltet i spørreundersøkelsen var det også enkelte ansatte som oppgir informasjon relatert til pårørendestøtte:

Trist at pårørende må slite så mye med hjemmeboende ektefeller, foreldre som har kognitiv svikt og må bo hjemme for lenge (...).

Pårørende og brukere har ofte en høyere forventning om hva vi kan bidra med. Ofte har de en urealistisk forventning om at man kan alltid komme på et bestemt tidspunkt eller at man er et begrenset antall personale som er hos bruker.

[...] vi kan ikke avlaste pårørende med tilsyn [...]

Informasjon om avlastningstiltak

Demenskoordinator og demensrådgiver bistår med å informere pårørende om avlastningstiltak de kan søke på. Støttetiltak som demenskoordinator informerer om er blant annet omsorgsstønning og omsorgslønn. Det er ellers pårørendeskole og samtalegrupper som mange pårørende benytter seg av som lavterskeltilbud. Pårørende kan også bestille timer for individuelle samtaler med demenskoordinator eller demensrådgiver.

²² Syv prosent oppgir at de ikke har noen formening, og tallene i diagrammet blir derfor ikke 100 prosent til sammen.

Demenskoordinator forteller at samarbeidet med pårørende ofte er like viktig som samarbeidet med pasienten. Det er veldig varierende om tjenesten som gis svarer til pårørendes forventninger, mener hun. For en person med demens kan morgenstellet innebære mye aktivitet som gjør at de trenger hvile i etterkant, mens dette for pårørende kan framstå som at de er mindre aktive enn de burde.

Avdelingsleder hjemmetjenesten PRO Jessheim Vest opplever at tjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder pårørendesamarbeid, og avdelingen jobber med dette. Kommunen har en utfordring når det gjelder forventningsavklaring rundt omsorgsplasser og bofellesskap, og å tydeliggjøre hva det betyr. Kommunen må være tydelig på hva tjenesten innebærer og hva som er tilleggstjenestene, og hvem som skal gjøre hva. Avdelingsleder opplever at hjemmetjenesten er gode på å bruke demenskoordinator/demensrådgiver når pleierne ser at pårørende har behov for oppfølging. Da er de stort sett i dialog med koordinator rundt pårørendeskole og brukerskole for de med demens.

Avdelingsleder hjemmetjenesten PRO Jessheim Øst oppgir at kommunen gir pårørendestøtte i form av pårørendeskole, men at hun ikke er sikker på om tilbudet passer til alle aldersgrupper. Yngre pårørende kan ha andre behov enn det kommunen gir som er mer tilpasset eldre.

Avdelingsleder hjemmetjenesten PRO Kløfta forteller at når det gjelder pårørendestøtte og forventningsavklaringer overfor pårørende har kommunen blant annet pårørendekurs (pårørendeskole) som det er en veldig positiv blest om. Her kan pårørende blant annet lære hvordan man skal håndtere adferden til en person med demens, og hva som kan gjøre hverdagen lettere. Avdelingsleder oppgir at ansatte i hjemmetjenesten og tildelingsenheten informerer brukerne om kurs.

6.5 Revisjonens vurderinger

Vurderingene er gjort opp mot utledete revisjonskriterier der det er lagt til grunn at kommunen har rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov, herunder sikrer tverrfaglighet og registrere skår på funksjonsvariablene i IPLOS. Videre er det lagt til grunn at kommunen har utarbeidet tildelingskriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester, og tilrettelegger for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. Det er også lagt til grunn at kommunen sikrer at pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, blant annet knyttet til demens, får tilbud om pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad.

Etter revisjonens vurdering har kommunen rutiner for kartlegging og vurdering av bistandsbehov. Tverrfaglighet er vektlagt i rutinene og det er rutiner for å registrere skår på funksjonsvariablene i IPLOS. Samtidig viser undersøkelsen at det er en del svakheter knyttet til praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov. Det er et uklart ansvarsforhold mellom tildelingsenheten og hjemmetjenesten om hvem som skal gjennomføre kartleggingen av nye brukere. Undersøkelsen tyder også på at skåren på funksjonsvariablene i IPLOS ikke alltid er oppdatert hos brukere av hjemmetjenester. Svært få, 19 prosent av respondentene fra PRO Jessheim Vest, svarer ja på at de har fått informasjon om kommunens kartleggingsrutiner. Nærmere halvparten svarer at endringer i bistandsbehov bare delvis, og ikke i tilstrekkelig grad, raskt blir tatt tak i. Om lag halvparten av de ansatte som har svart, oppgir at tverrfaglighet delvis blir ivarettatt, men ikke i tilstrekkelig grad. Dette

tyder på at det er forbedringsområder knyttet til å sikre tverrfaglighet i tjenesten og i å raskt ta tak i endringer av bistandsbehov.

Etter revisjonens vurdering har kommunen utarbeidet tildelingskriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester.

Kommunen har satt i gang tiltak som utvikling av prosedyrer for å tilrettelegge for brukermedvirkning i forbindelse med utforming og tildeling av tjenester. En stor overvekt av ansatte i hjemmetjenesten oppgir at ledelsen er opptatt av brukermedvirkning. Samtidig er det svakheter knyttet til systematikken i arbeidet med å tilrettelegge for brukermedvirkning. Det var for eksempel ikke utført brukerundersøkelser på flere år og en relativt stor andel av ansatte i hjemmetjenesten svarte at de er delvis uenige i at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at brukernes egne ønsker kan tas hensyn til. Så mange som om lag hver fjerde ansatt er helt eller delvis uenige i at brukeren og den ansatte har enn felles forståelse av arbeidsfordelingen seg imellom. Dette tyder på at det ligger et potensiale for å forbedre brukermedvirkningen i tjenesteutøvelsen.

Kommunen har iverksatt flere tiltak for å sikre at pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, blant annet knyttet til demens, får tilbud om pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad. Undersøkelsen tyder likevel på at kommunen har et potensiale for å forbedre tilbud om pårørendestøtte. Det er blant annet en mangel at kommunen ikke fatter vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning.

7 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

7.1 Har kommunen startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk, slik at flere eldre får omfattende bistand i eget hjem?

Revisjonen har i undersøkelsen sett nærmere på hvordan kommunen legger til rette for at eldre med omfattende bistandsbehov kan bo lengst mulig hjemme. Vi har sett på om kommunen har startet gjennomføring av vedtatte mål og tiltak for en dreining av tjenestetilbudet. Videre har vi sett på kommunens tilbud om omsorgsboliger og dagtilbud til blant annet personer med demens, samt kompetansen om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Til slutt har vi undersøkt informasjonen om og bruken av velferdsteknologi.

Revisjonens konklusjon er at kommunen har startet dreiningen av tjenestetilbudet som beskrevet i kommunalt planverk, slik at flere eldre kan få omfattende bistand i eget hjem. Kommunen er i ferd med å etablere omsorgsplasser, dvs. omsorgsboliger med bemanning. Undersøkelsen viser imidlertid at kommunen har utfordringer med å ta i bruk disse omsorgsplassene etter intensjonen om fast bemanning.

Det er trinn i kommunens innsatstrapp som blant annet omhandler botilbud til eldre hvor kommunen foreløpig ikke har etablert tilbud. Både gjennomførte utredninger, svar i spørreundersøkelsen og intervjuer indikerer at kommunen ikke har tilstrekkelig med omsorgsboliger sammenlignet med behovet. Revisjonen vil understreke viktigheten av at kommunen i tråd med kommunens innsatstrapp dimensjonerer et bo- og omsorgstilbud som tar høyde for utviklingen i befolkningssammensetningen, for å ivareta forsvarligheten i tilbudet i tjenestedreiningen.

Undersøkelsen tyder på at bemanningen ved hjemmetjenestene er sårbar med hensyn til kapasitet, særlig ved PRO Jessheim Vest. Kommunen har etablert dagtilbud til eldre, blant annet til personer med demens. Revisjonens vurdering er at kapasiteten er sårbar særlig når det gjelder et tilstrekkelig tilbud for personer med demens.

Kommunen har i for liten grad sikret tilstrekkelig kompetanse om demensomsorg blant ansatte i alle avdelingene som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi for å styrke kontakten med og tilgjengeligheten for brukerne. Undersøkelsen tyder samtidig på at kommunen blant annet har et potensiale for forbedring med hensyn til å gi informasjon om velferdsteknologi til brukerne.

7.2 Tildeler kommunen tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukervedvirkning?

Revisjonen har her undersøkt kommunens rutiner og praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov. Vi har også sett på om kommunen har etablert kriterier for tildeling av tjenester og hvordan kommunen jobber med brukervedvirkning og pårørendestøtte.

Revisjonens konklusjon er at kommunen tildeler tjenester på bakgrunn av etablerte rutiner og praksis for kartlegging, vurdering og brukermedvirkning, men at det er noen svakheter i arbeidet. Det er for eksempel et uklart ansvarsforhold mellom tildelingsenheten og hjemmetjenesten om hvem som skal gjennomføre kartleggingen av nye brukere. Revisjonen fant svakheter knyttet til systematikken i arbeidet med å tilrettelegge for brukermedvirkning.

Kommunen har iverksatt tiltak for å sikre pårørendestøtte, men undersøkelsen tyder på at kommunen har et potensiale for å forbedre tilbudet. Revisjonen mener det er en mangel at kommunen ikke har som praksis å fatte vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning.

7.3 Anbefalinger

Kommunedirektøren bør sette i gang tiltak, eller følge opp allerede innførte tiltak, for å

- intensivere arbeidet med å utvikle ulike boligtilbud til eldre i henhold til kommunens innsatstrapp
- styrke dagaktivitetstilbudet til eldre og til personer med demens
- sikre tilstrekkelig kompetanse om demens blant ansatte som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet
- gi mer informasjon om velferdsteknologi til brukerne
- sikre god praksis for kartlegging og vurdering av bistandsbehov
- forbedre brukermedvirkningen
- forbedre pårørendestøtten til personer med omfattende omsorgsoppgaver, herunder å fatte vedtak for å sikre pårørende rett til opplæring og veiledning

8 LITTERATUR- OG KILDELISTE

Lover og forskrifter

Lov 2. oktober 1967 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (forskrift om IPLOS-registeret)

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift 13. juni 2017 nr. 802 om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og venteliste, Ullensaker kommune, Akershus (Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem, Ullensaker)

Prop. 99 L (2015-2016) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*

Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte*

Nasjonale føringer, planverk og andre rapporter

Arbeidstilsynet (2021): *Tilsyn av hjemmetjenesten i Ullensaker kommune*

FHI (2021): Folkehelse rapporten Demens <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvell-Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S. & Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213–1226. <https://doi.org/10.3233/jad-201275>

Helsedirektoratet (2013): *Svar på henvendelse vedr rettslig grunnlag for omsorgsbolig* 06.03.2013

Helsedirektoratet (2015): *IPLOS-registeret Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Veileder IS-1112.

Helsedirektoratet (2016): *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Rapport IS-2416.

Helsedirektoratet (2016/2017): *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Veileder IS-2442.

Helsedirektoratet (2017): *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Rapport IS-2557.

Helsedirektoratet (2018): *Forsøk statlig finansiering av omsorgstjenester Kriterier for tildeling av omsorgstjenester - Arbeidsprosess, rutiner og verktøy – Tjenestekriterier*. Rapport IS – 2391

Helsedirektoratet (2020): *Demensplan 2025*

Helsedirektoratet (2020): *Demens. Nasjonal faglig retningslinje*.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2017): *«HELDØGNS» Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*.

Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse (2021): *Prevalenstill Ullensaker kommune*

Rambøll (2017a): *Framtidig behov for botilbud i konsept «SmartBy»*

Rambøll (2017b): *«Dagens og fremtidens behov for helse- og sosialtjenester»*

Romerike Revisjon IKS (2021a): *Tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre, Eidsvoll kommune*

Romerike Revisjon IKS (2021b): *Tjenestetilbudet til hjemmeboende eldre, Nannestad kommune*

Veiviseren.no (2021): *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg*

Kilder Ullensaker kommune

Ullensaker kommune (2017) *Strategidokument «Pleie, rehabilitering og omsorg», 2017 med årlig rullering*.

Ullensaker kommune (2019) *Budsjett 2020/Økonomiplan 2020-2023*

Ullensaker kommune (2019) *Perspektivmelding 2020-2039*

Ullensaker kommune (2020a) *Plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024*

Ullensaker kommune (2020b) *Kommuneplanens samfunnsdel 2020-2030*

Ullensaker kommune (2020c) *Budsjett 2021/Økonomiplan 2021-2024*

Ullensaker kommune (2021a) Budsjett 2022/Økonomiplan 2022-2026

Ullensaker kommune (2021b) Prosedyre for saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenesten

Ullensaker kommune (2021c) Årsrapport 2020

VEDLEGG - KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR

ULLENSAKER
KOMMUNE

Område for helsevern og sosial omsorg

Romerike Revisjon Iks
Ringvegen 4
2050 Jessheim

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
	22/2978 - 4	Kathe Simensen	26.04.2022

Høringsuttalelse

Kommunedirektøren slutter seg til revisjonens anbefalinger i rapporten, og opplever at disse er i tråd med de satsningene sektoren jobber med. Kommunedirektøren ønsker likevel å kommentere på funnene gjort rede for i rapporten.

Slik det framkommer av rapporten har kommunen startet arbeidet med å dreie fra en situasjon hvor hovedtyngden av helsetjenester blir gitt i institusjon, til en situasjon hvor hovedtyngden av helsetjenester blir gitt i innbyggerens eget hjem. Hovedutvalget for helsevern og sosial omsorg har derfor de tre siste årene arbeidet med å utarbeide og implementere en strategi for tjenestene som er i tråd med kommuneplanens visjon Mulighetslandet. Alle tjenestene i sektoren skal være innrettet slik at innbyggerne i Ullensaker kommune i størst mulig grad kan mestre livene sine selv. Innsatsen som er lagt inn fram til nå er imidlertid ikke tilstrekkelig for å sikre bærekraftige tjenester framover, slik at dette vil fortsette å være et viktig og prioritert arbeidsområde for sektoren.

Budsjett 2022/ økonomiplan 2022 – 2025 inneholder derfor flere satsinger som har til hensikt å understøtte det pågående dreineringsarbeidet. Blant annet skal omsorgsplasser ved bo- og aktivitetssentrene på RP Kløfta og PRO Jessheim Øst bemannes, og det er iverksatt et omfattende prosjekt knyttet til utarbeidelse av en helhetlig helse og omsorgsplan for perioden 2023-2033.

Mandatet for helhetlig helse og omsorgsplan innebærer at det skal lages en plan som har til hensikt å sikre riktige prioriteringer for å kunne gi forsvarlige tjenester, og sikre at innbyggere i størst mulig grad mestrer livene sine selv. Planen skal også redusere gapet mellom kommunens tilgjengelige ressurser og det demografiframskrivningene viser av utgiftsbehov frem mot 2030. Helseplanen skal videre inngå som en del av plangrunnlaget for Ullensaker kommunes virksomhet og skal kunne gi grunnlag for å planlegge og prioritere bruk og utbygging av helsebygg i tråd med kommunens og nasjonale målsetninger, innenfor kommunens økonomiske handlingsrom.

Delar av funnene i rapporten vil kommunen kunne korrigere i det kontinuerlige forbedringsarbeidet og tjenesteinnovasjonen som allerede pågår. Andre satsninger som utvikling av botilbud og styrking

Postadresse
Postboks 470
2051 JESSHEIMBesøksadresse
Furusethgata 12
2050 JESSHEIMTelefon
+47 66 10 80 00Kontonnr.
3207.31.93655
Org.nr.
933 640 768E-post
postmottak@ullensaker.kommune.no
Internett
www.ullensaker.kommune.no

av dagaktivitetstilbud og velferdsteknologi vil kreve politiske prioriteringer i kommende økonomiplanperioder. Her vil Helhetlig helse- og omsorgsplan 2023-2033, Ullensaker kommune, legge viktige premisser for kommende økonomiplanperioder.

Med hilsen

Erling S. Kristiansen
Kommunedirektør

Gunnhild Grimstad-Kirkeby
Kommunaldirektør - Helsevern og
sosial omsorg

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur