

# Implementering av eldrestrategien

Oppdal kommune

Forvaltningsrevisjon





# FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra kontrollutvalget i Oppdal kommune i perioden august 2023 til mars 2024.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon og tilrettelegging.

Alle rapporter fra Revisjon Midt-Norge SA publiseres på [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Trondheim/Stjørdal, 7.3.2024

Anna Ølnes

Oppdragsansvarlig revisor

Marit Ingunn Holmvik

Prosjektmedarbeider

# SAMMENDRAG

Kontrollutvalget i Oppdal kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon om temaet «Implementering av eldrestrategien i Oppdal kommune». Problemstillingene som er undersøkt er:

- Fyller Oppdal kommune målene som ligger i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet?
- Har kommunen lagt til rette for å gi eldre trygghet og forutsigbarhet gjennom å bidra til gode sammenhenger i tjenestene og overganger?

Problemstillingene tar utgangspunkt i strategi 4 og 5 i Oppdal kommunes lokale eldrestrategi, «Leve hele livet»<sup>1</sup>.

Vi har gjennomført intervju med ledere og ansatte innenfor tjenestene for eldre i Oppdal kommune. Videre har vi intervjuet tre personer fra frivillige organisasjoner.

Foruten nasjonal eldrestrategi<sup>2</sup> og den lokale eldrestrategien «Leve hele livet»<sup>3</sup>, har vi lagt til grunn relevante styringsdokument og rutinebeskrivelser som utdyper og bekrefter intervjuinformasjonen. Datagrunnlaget og metoder er beskrevet i kapittel 1.3.

Med bakgrunn i intervjuinformasjon og vurderinger konkluderer revisor med at Oppdal kommune i all hovedsak oppfylder målet i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet. Kommunen har gode planer for eldreomsorgen, og har organisert tjenester og tildeling av tjenester på en måte som gir muligheter for å sikre likebehandling.

Kapasitetsutfordringer på institusjonsplasser forplanter seg nedover omsorgstrappa, og kan gi risiko for at eldre ikke får de tjenestene de har behov for. Det er press på dagplasser og avlastningsplasser.

Revisor vil trekke fram tjenesten for medisinsk rehabilitering og frisklivscentralen som viktig for at eldre kan mestre å bo hjemme lengst mulig. Informasjonen vi har fått tyder på at det mangler ergoterapiressurser for å nå dette målet, i tillegg til dagsenterplasser og tilbud om hjemmetrening.

---

<sup>1</sup> Oppdal kommune, «Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2021 - 2025», 2021.

<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, «St. Meld. 15 (2017 - 2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.», 2018, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>.

Revisor oppsummerer den andre problemstillingen med at kommunen, så lenge det er tilstrekkelig kapasitet i tjenestene, i all hovedsak er i stand til å gi trygghet og forutsigbarhet ved overganger mellom tjenestene innad i kommunen.,

Revisor vil likevel trekke fram utfordringer i overganger fra sykehus til kommunen, hvor pasienter noen ganger blir sendt til andre kommuner hvis det er mangel på korttidsplasser i kommunen. Dette kan skape utrygghet og uforutsigbarhet for pasienten, og det kan dessuten gjøre det vanskeligere for pårørende å besøke pasienten.

Høyt korttidsfravær de siste årene gjør det krevende å oppfylle målet om at brukeren skal ha færre ansatte å forholde seg til.

Revisor mener at kommunen har mer å gå på for å ivareta pårørende. Ventelister på dagtilbud og mangelfulle avlastningsordninger gjør hverdagen mer utfordrende for pårørende.

Vi viser til kapitlene 2 og 3 for utfyllende informasjon og vurderinger på de to problemstillingene.

På bakgrunn av vurderinger og konklusjon, anbefaler revisor kommunedirektøren å:

- Sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester
- Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende
- Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme
- Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune
- Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Bestilling.....	8
1.2 Problemstillinger.....	8
1.3 Metode .....	8
1.4 Uttalelse om rapport .....	10
1.5 Om temaet .....	10
2 Måloppnåelse .....	15
2.1 Problemstilling .....	15
2.2 Revisjonskriterier.....	15
2.3 Funn.....	15
2.3.1 System for å sikre god eldreomsorg.....	15
2.3.2 Tjenester etter behov .....	18
2.3.3 Tilrettelegging for mestring av hverdagen hjemme.....	20
2.3.4 Involvering .....	24
2.3.5 Heldøgnsstilbud (institusjon).....	25
2.3.6 Omsorg ved livets slutt (palliativ omsorg).....	27
2.4 Revisors vurdering.....	28
3 Sammenheng i tjenester og overganger .....	30
3.1 Problemstilling .....	30
3.2 Revisjonskriterier.....	30
3.3 Funn.....	30
3.3.1 Overgangssituasjoner .....	30
3.3.2 Færre ansatte å forholde seg til .....	33
3.3.3 Ivaretagelse av pårørende .....	35
3.4 Revisors vurdering.....	36
4 Konklusjon og anbefalinger .....	38
4.1 Konklusjon.....	38
4.2 Anbefalinger .....	39
Kilder.....	40
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	41
Vedlegg 2 – Uttalelse .....	44

## Figurer

Figur 1.	Omsorgstrappa .....	11
Figur 2.	Administrativt organisasjonskart for Oppdal kommune.....	14
Figur 3.	Plansystem innenfor helse- og omsorgsplan.....	17
Figur 4.	Aktivitetshjulet .....	20

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Oppdal kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon om temaet «Implementering av eldrestrategien i Oppdal kommune». Bestillingen er gjort med bakgrunn i Plan for forvaltningsrevisjon 2019-2023. Kontrollutvalget vedtok prosjektplanen i sak 23/23.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å gjelde strategi 4 og 5 i eldrestrategien «Leve hele Livet».

## 1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

- Fyller Oppdal kommune målene som ligger i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet?
- Har kommunen lagt til rette for å gi eldre trygghet og forutsigbarhet gjennom å bidra til gode sammenhenger i tjenestene og overganger?

## 1.3 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRF - kontroll og revisjon i kommunenes standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Oppdal kommune, jf. kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Vi har brukt flere metoder for å samle inn data til dette prosjektet.

### Intervju

Vi har gjennomført intervju med ledere og ansatte innenfor tjenestene for eldre i Oppdal kommune. Videre har vi intervjuet tre personer fra frivillige organisasjoner. Basert på en semistrukturert intervjuguide har vi stilt spørsmål og skrevet referat som intervjuobjektene har godkjent. Intervjuene ved hjemmetjenesten, helsesenteret og medisinsk rehabilitering ble gjennomført som besøksintervju.

Følgende intervju er gjennomført:

- Oppstartsmøtet er gjennomført med kommunedirektøren og rådgiver i kommunedirektørens stab. Nevnte rådgiver er også intervjuet alene. Både oppstartsmøtet og intervjuet ble gjennomført på Teams.



- Enhetsleder for helsesenteret og enhetsleder for hjemmetjenesten i individuelle intervju
- To gruppeintervju, det ene med tre ansatte ved helsesenteret, og det andre med tre ansatte i hjemmetjenesten. Disse representerte det sykepleierfaglige, både for de som går dagturnus og natt. I tillegg deltok helsefagarbeider/hjelpepleier, i gruppeintervjuene. Ved begge tjenestene fikk en av de som ble intervjuet et utkast til referat tilsendt, og sørget for at alle tre fikk anledning til å godkjenne referatet. Etter intervjuet fikk vi en omvisning på Bjerkehagen Bo- og aktivitetssenter (BOAS) hvor avdelingsleder deltok sammen med enhetsleder. Det er noe informasjon i referatet fra intervju med enhetsleder og i rapporten, hvor det er henvist til avdelingsleder. Leder for medisinsk rehabilitering/friskliv. Vi har i tillegg intervjuet fagleder ved helse- og velferdskontoret. Dette intervjuet foregikk på Teams.
- Tre personer som er eller har vært ledere/medlem i organisasjoner for eldre. Det er tidligere leder for kommunens eldreråd, nå medlem. Videre har vi intervjuet leder for demensforeningen i Oppdal. Begge disse ble intervjuet i fysisk møte. I tillegg har vi intervjuet lederen for pårørendeforeningen ved BOAS på Teams.

## Dokumentgjennomgang

Foruten nasjonal eldrestrategi<sup>4</sup> og den lokale eldrestrategien «Leve hele livet»<sup>5</sup>, har vi lagt til grunn relevante styringsdokument og rutinebeskrivelser som utdyper og bekrefter intervjuinformasjonen. Viktige dokument er Kommuneplanens samfunnsdel<sup>6</sup>, kommunens kriterier for tildeling av tjenester (sist revidert i 2019), Plan for habilitering og rehabilitering 2019 - 2023<sup>7</sup> og rapport fra delprosjekt 2, Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>5</sup> Oppdal kommune, «Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2021 - 2025».

<sup>6</sup> Oppdal kommune, «Det gode liv i ei attraktiv bygd. Kommuneplanens samfunnsdel, 2010 - 2025.», 2010.

<sup>7</sup> Oppdal kommune, «Plan for habilitering og rehabilitering, 2019 - 2023», 2019.

<sup>8</sup> Oppdal kommune, «Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune», 2019.

## Vurdering av metode

Det totale datagrunnlaget utgjør et godt grunnlag for å svare ut problemstillingene. Intervjuobjektene har hatt vekslende kjennskap til selve strategien, men praksisen som de har beskrevet har gitt et situasjonsbilde på det vi har spurt om i problemstillingene.

Med unntak av informasjon fra brukerundersøkelser har vi ikke innlemmet direkte brukererfaringer i prosjektet, men vi har hentet informasjon fra ledere av organisasjoner som har god informasjon om tjenestene for eldre i Oppdal kommune.

## 1.4 Uttalelse om rapport

En foreløpig rapport ble sendt til kommunedirektøren for uttalelse den 22.2.2024. Revisjonen mottok svar den 7.3.2024. Uttalelsen er vedlagt rapporten (vedlegg 2).

Kommunedirektøren har påpekt en faktaopplysning om politisk sak om institusjonsplasser. Saken har ikke blitt fremmet, og kommunestyret har bestilt en helhetlig gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene. Revisor har korrigert for opplysningen på side 13 i denne rapporten. Det har ikke påvirket revisors vurderinger og konklusjoner.

## 1.5 Om temaet

«Leve hele livet – strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune» bygger på en stortingsmelding fra 2018, «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre Leve hele livet er en nasjonal reform som skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og aktiv alderdom. Den består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder hvor det ofte svikter i tilbudet til eldre i dag:

- et aldersvennlig Norge
- aktivitet og fellesskap
- mat og måltider
- helsehjelp
- sammenheng i tjenestene

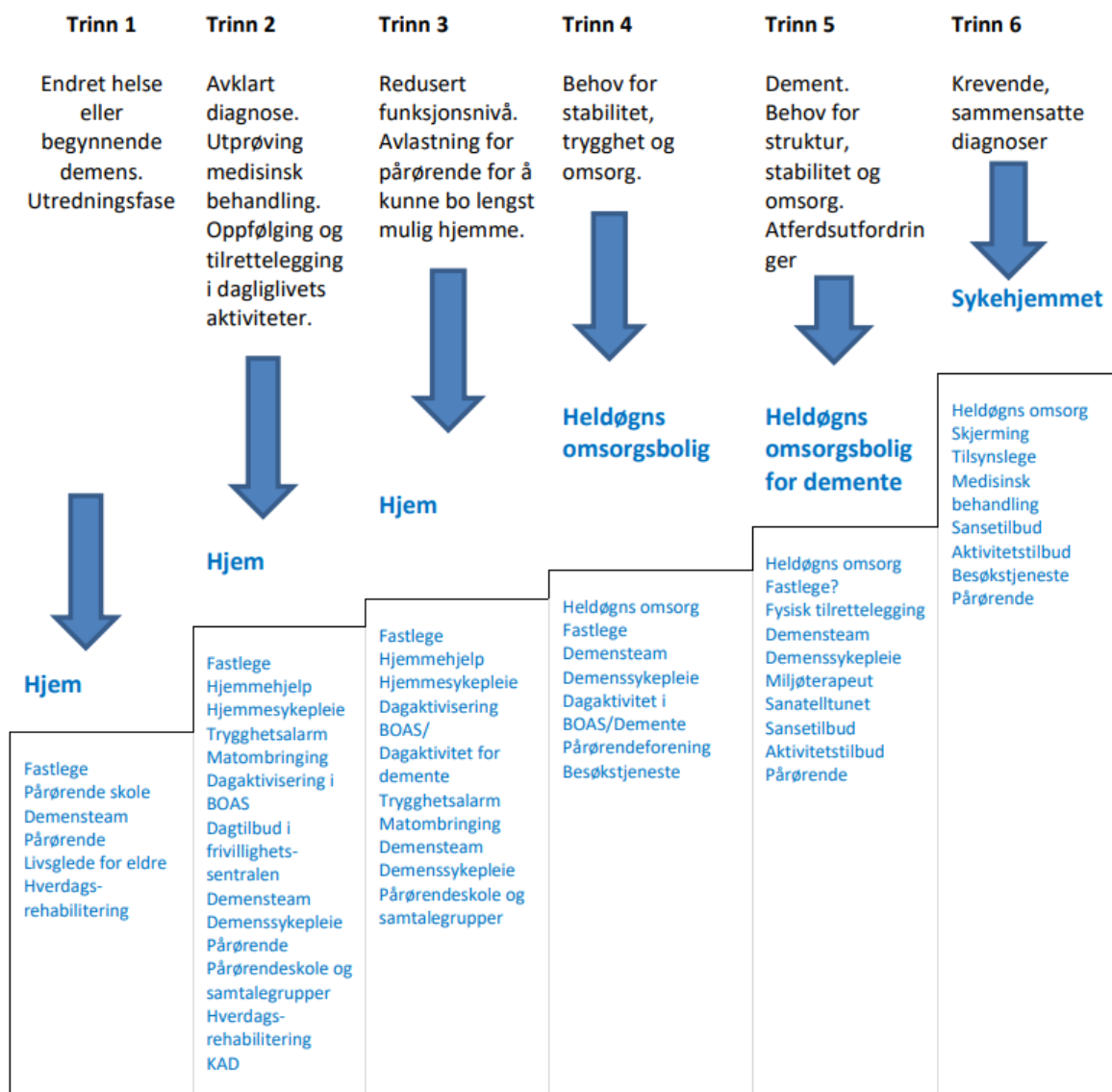
Disse punktene er gjort til satsingsområder både i den nasjonale og den lokale strategien. Det går fram i stortingsmeldingen at strategien ikke innebærer nye oppgaver for kommunene. Reformen handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Flere av de foreslåtte løsningene kan bidra til mer effektive tjenester og et mindre omfattende tjenestebehov hos de eldre på sikt. Det går fram av stortingsmeldingen at det legges til grunn at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak

selv må foreta nødvendige omprioriteringer innenfor egen drift og økonomiske rammer. Det har med andre ord ikke fulgt ressurser i form av penger med satsingen.

Tjenestene for eldre i Oppdal kommune er i hovedsak organisert etter behovsprøving.

**Omsorgstrappa** ble utarbeidet i forbindelse med Helse- og omsorgsplanen (HOP) 2018-2025.

Formålet er å avklare hvilke tjenester innbyggerne/brukerne kan forvente på de ulike trinnene.



Figur 1. Omsorgstrappa

Kilde: Oppdal kommune<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Oppdal kommune, «Kriterier for helse- og omsorgstjenester i Oppdal kommune», 2019.

**Hjemmetjenestene** beskrives i de fem første trinnene i omsorgstrappa og består i hovedsak av:

- Praktisk bistand (hjemmehjelp)
- Dagaktivisering
- Hjemmesykepleie
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Omsorgsboliger
- Heldøgns omsorg og dagaktivisering
  - Bjerkehagen bo- og aktivitetssenter (BOAS).
  - Sanatelltunet bofellesskap for personer med demens (organisatorisk underlagt helsesenteret)

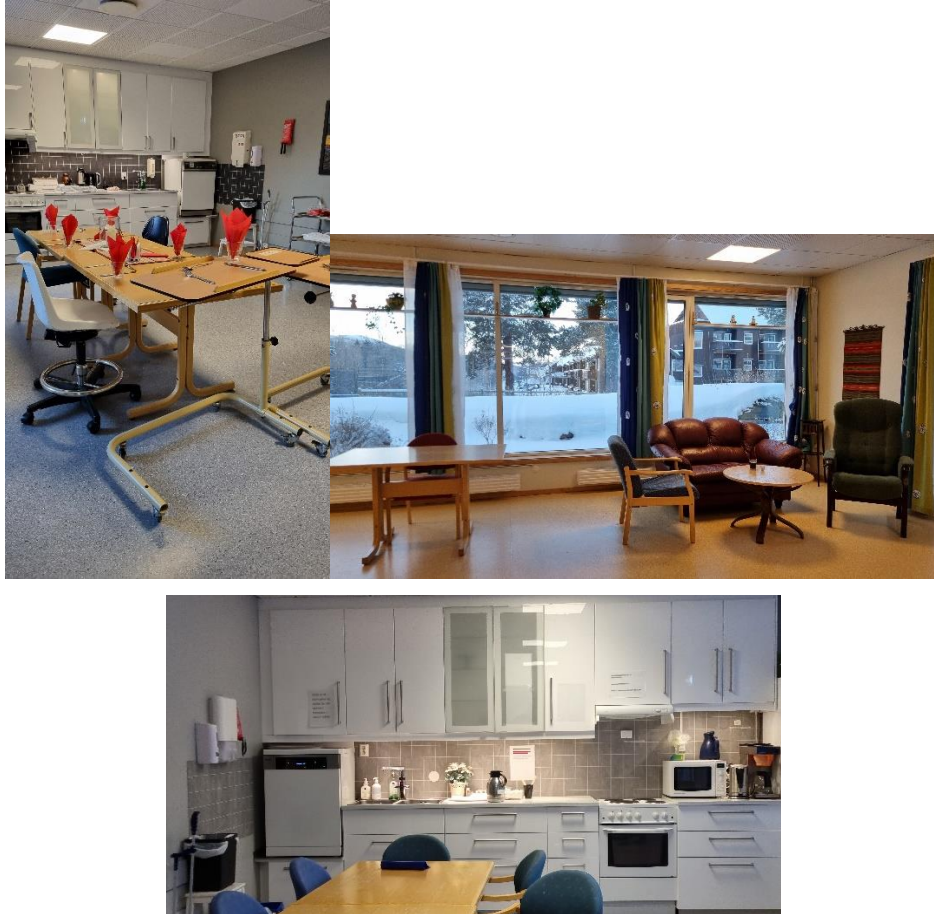


Bilder fra BOAS

Kilde: Revisjon Midt-Norge

## Institusjonstjenester tilbys på helsesenteret

- Helsesenteret består av to avdelinger; Høa og Tunet, og har tilbud om langtids- og korttidsplasser, samt skjermet enhet.

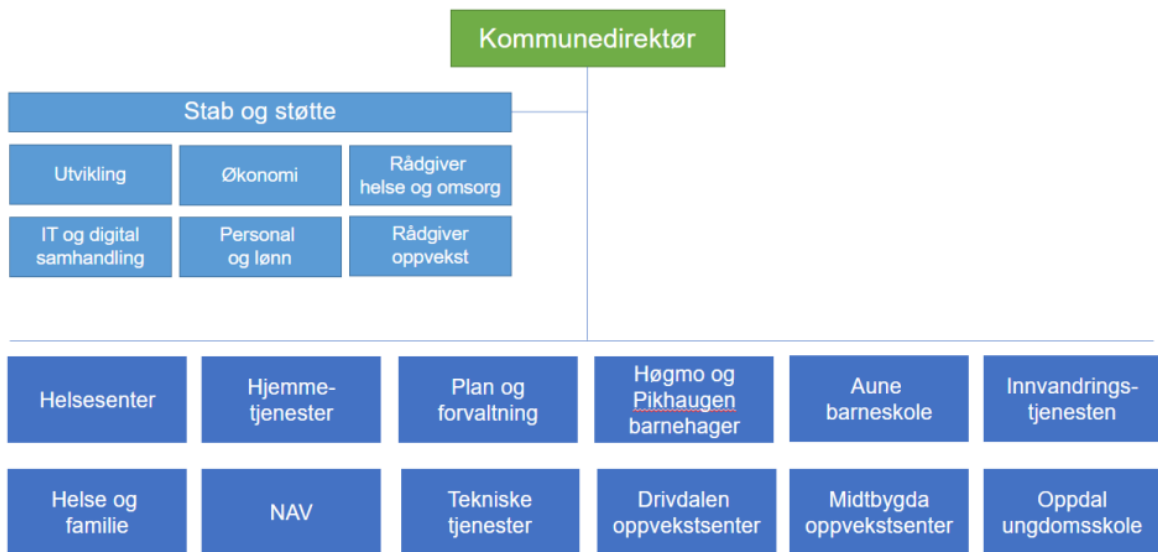


Bilder fra helsesenteret

Kilde: Revisjon Midt-Norge

Kommunen har 60 sykehjemsplasser.

Kommunestyret har bestilt en helhetlig vurdering av fremtidige helse- og omsorgstilbud på bakgrunn av en rapport fra PWC (se vedlegg 2 – uttalelse fra kommunedirektøren).



Figur 2. Administrativt organisasjonskart for Oppdal kommune.

Kilde: Oppdal kommune, Budsjett 2024

## 2 MÅLOPPNÅELSE

I dette kapitlet beskriver og vurderer vi i hvilken grad kommunen har nådd målene om å dekke behovene for trygghet, hjelp og verdighet.

### 2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

- Fyller Oppdal kommune målene som ligger i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet?

### 2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.
- Kommunen skal yte tjenester etter den enkeltes behov.
- Kommunen skal legge til rette for mestring av hverdagen for at eldre skal få bo hjemme lengst mulig.
- Kommunen skal sørge for involvering slik at den eldre føler seg verdsatt og sett i beslutninger som angår dem selv.
- Kommunen skal tilby heldøgnsstilbud i tilrettelagt bolig/institusjon ved behov.
- Kommunen skal yte palliativ omsorg og pleie.

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

### 2.3 Funn

I dette kapitlet presenteres data om hvordan kommunen bidrar til å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

#### 2.3.1 System for å sikre god eldreomsorg

Det vi legger i system for god eldreomsorg i dette kriteriet, er rammene for å yte en verdig, trygg og meningsfull alderdom gjennom planverk, organisering av tjenester og likeverdig saksbehandling. Utgangspunktet for en god eldreomsorg ligger i planverket.

**Kommuneplanens samfunnsdel (2010-2025)**<sup>10</sup> har som overordnet målsetting at kommunen skal bidra til at den enkelte kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv:

*«Gjennom næromsorg ønsker en å utnytte de mulighetene og ressursene som finnes i tilknytning til nærmiljø og sosiale nettverk. Beste effektive omsorgsnivå vil si at omsorgstjenester skal ytes på det laveste nivået som tilfredsstillende behovet. Disse prinsippene skal legges til grunn for omsorgstjenesten i kommunen.»*

Planen beskriver at kommunen skal støtte og tilrettelegge for et sterkere frivillig engasjement, og sørge for økt ansvar for pårørende gjennom økonomisk finansiering av avlastende tiltak. Frivilligheten er et satsingsområde og beskrives som viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet.

Økonomiplan viser hva kommunen skal prioritere de neste fire årene<sup>11</sup>. Årsbudsjettet viser hvilke tiltak kommunen skal gjennomføre i løpet av året. Oppdal kommune har en hel rekke sektor- og fagplaner. Figuren nedenfor viser de planene som er gjeldende innenfor helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgsplan<sup>12</sup> er behandlet i kommunestyret sammen med boligsosial handlingsplan, rusmiddelpolitisk handlingsplan og folkehelseplan. Øvrige planer behandles i utvalg for helse, omsorg og oppvekst.

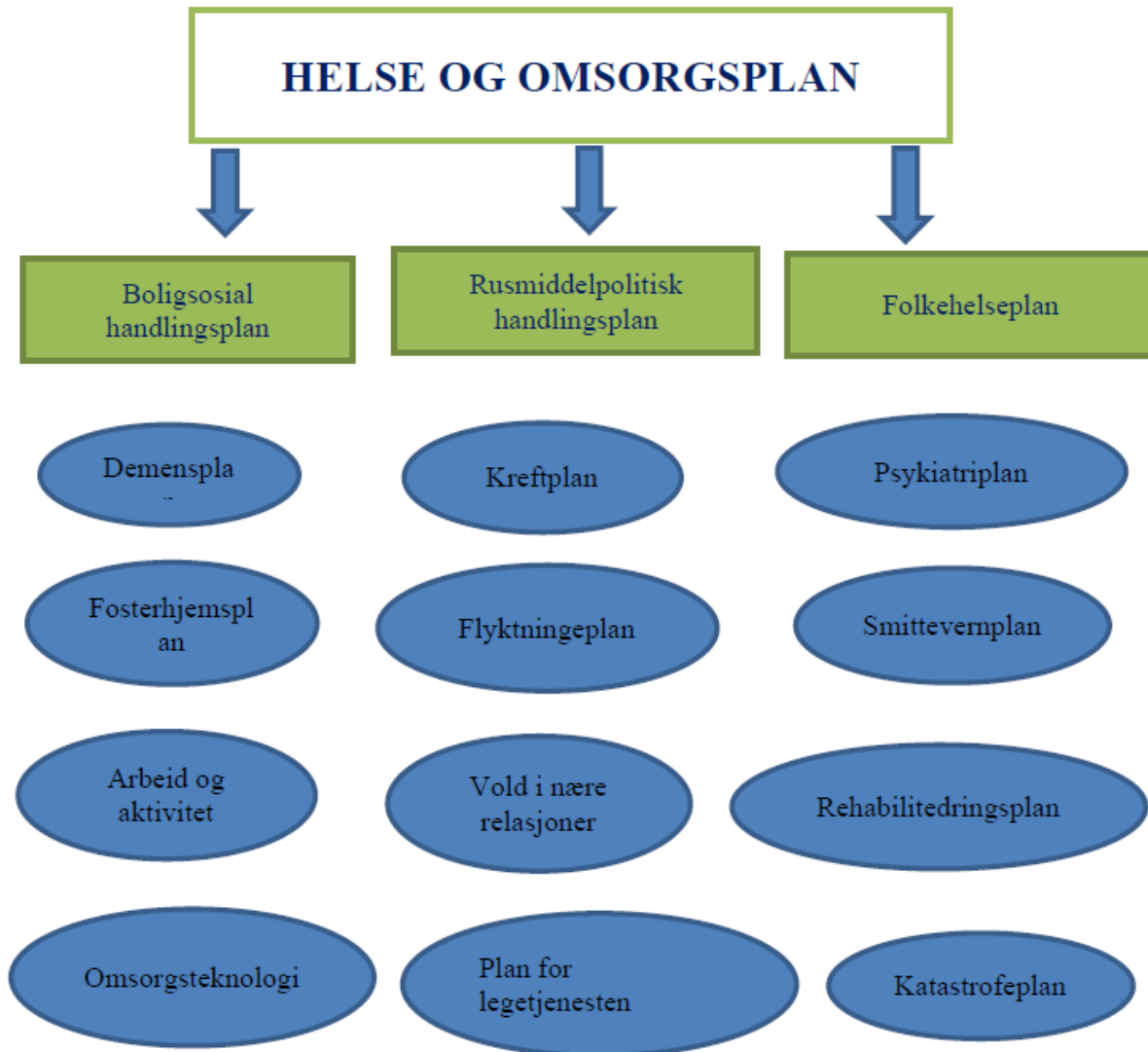
---

<sup>10</sup> Oppdal kommune, «Det gode liv i ei attraktiv bygd. Kommuneplanens samfunnsdel, 2010 - 2025.»

<sup>11</sup> PS 43/20 Framtidens helse og omsorg

<sup>12</sup> Oppdal kommune, «Helse- og omsorgsplan 2018 - 2025», 2018.





Figur 3. Plansystem innenfor helse- og omsorgsplan.

Kilde: PS 43/20 Framtidens helse og omsorg, Oppdal kommune.

De fleste planene som er nevnt ovenfor er i større eller mindre grad aktuelle for eldreomsorgen i Oppdal kommune. I tillegg til disse planene, er det eldrestrategien som legges til grunn for denne forvaltningsrevisjonen.

**Helse- og velferdskontoret** (HVK) ble opprettet 01.01.22. Kontoret har 3,5 årsverk. Kontoret vurderer alle søknader om helse- og omsorgstjenester ut fra behov, og blir fatter vedtak om tildeling av tjenester. I tillegg bistår kontoret med råd og veiledning, informerer om frivilligheten sine tilbud og om støtte som kan gis til pårørende.

Helse- og velferdskontoret er organisatorisk uavhengig av tjenestene, er lagt under enhetsleder for plan og forvaltning. Kontoret er lokalisert på rådhuset. Fagleder er sykepleier med videreutdanning innen ledelse. De øvrige er sykepleier, helsefagarbeider, samt merkantil funksjon.

Helse- og velferdskontoret tildeler helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing, TT-kort<sup>13</sup>, ulike dagtilbud for eldre og Engveien for eldre med demens, avlastning, lang- og korttidstilbud på helsesenteret. Kommunen har i tillegg tilbud som ikke krever vedtak, eksempelvis dagtilbud innen psykiatri, hverdagsrehabilitering og tilbud for eldre hjemmeboende.

Det er ulike innfallsvinkler for hvordan helse- og velferdskontoret kommer i kontakt med pasientene. I hovedsak skjer det ved henvendelse fra fastlege og sykehus, men også gjennom fra aktuell bruker eller pårørende. Noen ganger er det pårørende som tar kontakt når det begynner å bli vanskelig for bruker å bo hjemme, for eksempel ved kognitiv svikt. Direkte henvendelser fra bruker er gjerne ved behov for små tjenester og praktisk bistand. Oppfølgingen avhenger av behovet. Dersom det er nye pasienter med omfattende behov, involveres inntaksteamet.

Helse- og velferdskontoret har vært i drift i to år og de ansatte mener de selv at de har mer å gå på når det gjelder samhandling med tjenesteområdene. Målet er at pasientene som søker om tjenester skal behandles likt. Inntrykket faglederen har er at pasientene opplever at tjenestene er mer rettferdig fordelt enn tidligere. Hun sier også at spesielt eldre med rusutfordringer blir bedre ivaretatt enn tidligere.

Flere av de vi intervjuet trakk fram at helse- og velferdskontorets organisatoriske plassering er under avdelingen for plan og forvaltning legger til rette for bedre likebehandling i tildeling av tjenester. Lokaliseringen et annet sted enn der tjenestene tilbys er også med på å sikre likebehandling. Plan og forvaltning har flere jurister. De bidrar med tolking av regelverket.

### **2.3.2 Tjenester etter behov**

De eldre sine individuelle behov for hjelp og bistand for å kunne mestre hverdagen er en viktig rettesnor for tildeling av tjenester. Vedtak om tjenester blir fattet etter at det er gjort en vurdering av behovet.

Ved søknad om tjenester tar helse- og velferdskontoret kontakt med den som søker, og avtaler enten hjembesøk eller at brukeren kommer på kontoret. Noen ganger vurderer de at andre

---

<sup>13</sup> Tilrettelagt transport

tjenester skal inn, tar gjerne ekstra hjembesøk, eller snakker med pasienten om de kan ta med andre for å vurdere behovet fra flere hold. Helse- og velferdskontoret sitt mål knyttet til omsorgstrappa (kapittel 1.5) er at tjenester på lavest mulig nivå skal være utprøvd før mer omfattende tjenester tildeles. Faglederen sier at det alltid er unntak fra hovedregelen, for eksempel om noen brått blir alvorlig syke. I slike tilfeller vil pasienten gå fra å ikke ha noen tjenester til å innvilges plass på Oppdal Helsesenter som er det høyeste nivået i omsorgstrappa.

Kommunen har vedtatt **kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester** (sist revidert i 2019) og standard på tjenestene. Helse- og velferdskontoret fatter vedtak ut fra disse kriteriene.

Formålet med tjenestekriteriene er:

*«Tjenestekriteriene skal gi både tjenestemottager og tjenesteutøver god informasjon om hva som kan forventes av kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre skal kriteriene legges til grunn gjennom den skjønsmessige og individuelle vurdering som gjøres ved utmåling av tjenester for den enkelte bruker.»*

Etter noen år med bruk av tjenestekriteriene er det behov for tilpasninger, ifølge fagleder ved helse- og velferdskontoret. Revisor er kjent med at nye tjenestekriterier er under utarbeidelse og vil komme til politisk behandling første halvår 2024. Fagleder ved helse- og velferdskontoret fortalte at gjennomgang av tjenestekriteriene er gjort på grunn av at de opplever at kriteriene har vært for åpne. Mange lovfestede oppgaver skal og må gjennomføres. Helse- og velferdskontoret har hatt en gjennomgang med de ulike tjenestene om hva som bør være gjeldende. Eksempelvis tilbud om trygghetsalarm: Mange hyttebeboere har fått alarmer og kommunen trenger mer konkrete kriterier for tildeling for å kunne håndtere tjenesten framover. Mange flere eldre kommer til hyttekommunen med ønske om trygghetsalarm. Dette oppleves krevende for hjemmetjenestene, sier lederen for helse og velferdskontoret.

Representanter fra frivillige organisasjoner i Oppdal bekrefter at det er en oppfatning at Oppdal kommune har utviklet tjenestene i tråd med behovet. De opplever å bli hørt. Det blir vist til at det er aktuelle politiske saker som pågår, eksempelvis ble en kommunestyresak om det framtidige tjenestetilbudet ved Oppdal helsesenter behandlet 01.02.2024 (sak 24/4). De frivillige er opptatt av behovet for flere sykehjemsplasser, rehabilitering i kommunal regi og bedre informasjonen til eldre om hva som tilbys av hjelp og bistand.

### 2.3.3 Tilrettelegging for mestring av hverdagen hjemme

Det er et mål for kommunen at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig hjemme<sup>14</sup>. Det betyr at eldre må gjøres i stand til å ivareta seg selv lengst mulig, såkalt hverdagsmestring. For at eldre skal kunne mestre hverdagene sine, er forebyggende arbeid viktig. Dette kapitlet beskriver på hvilken måte kommunen legger til rette for dette.



Figur 4. Aktivitetshjulet

Kilde: Ness og Tuntland, 2014<sup>15</sup>

#### Forebyggende arbeid

For at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig, må arbeidet for å nå dette målet begynne tidlig. Det vil si før behovene oppstår. I Oppdal kommune viser hjemmesidene at det er etablert forebyggende tilbud gjennom «Friskliv og mestring». Dette er et tilbud for alle aldersgrupper, men noen av tilbudene er spesifikt rettet mot seniorer 65+. Eksempelvis er «Sterk og stødig» et ukentlig treningstilbud for balanse og styrke. Målet med denne treningen er at deltakerne skal bli stødigere og greie seg bedre i hverdagen. Et annet tilbud er «Seniorkafe», som er et sosialt samlingspunkt som i tillegg til servering og kulturinnslag tilbyr informasjon fra ulike kommunale tjenester og frivillige organisasjoner. Tidligere hadde kommunen rutinemessig hjembesøk hos eldre over 75 år. Dette tilbudet er avviklet.

<sup>14</sup> Oppdal kommune, «Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2021 - 2025».

<sup>15</sup> Hanne og Ness, Nils Erik (red.) Tuntland, «Hverdagsrehabilitering», 2014.

## Fysisk tilrettelegging

Rådgiver helse forteller at de på **laveste nivå i omsorgstrappa** forsøker å tilrettelegge med leiligheter som kan være egnet for eldre. Det er ikke alle eldre som har egnede boliger, men som likevel kan fortsette å bo hjemme hvis de får tilgang til annen type bolig. Kommunen er i kontakt med Husbanken og aktuelle utbyggere om hvordan kommunen kan bidra til tilrettelagte boliger i sentrum. Prisene på leiligheter i sentrum er svært høye, og presses opp av markedet for fritidsboliger. Dermed blir det færre eldre i Oppdal som har råd til dem.

Eldre som bor i hjemmet, og som har behov for bistand fra kommunen, må sende søknad til helse- og velferdskontoret for å få et tilpasset tjenestetilbud. Etter søknad til helse- og velferdskontoret blir det foretatt **hjemmebesøk med kartlegging av behov**. Kommunen kan bidra med fysisk tilrettelegging av boligen, hjelpemidler (trygghetsalarmer, velferdsteknologi), ergoterapi og kan gi tilskudd til tilpasninger i boliger, for eksempel gjennom Husbanken.

## Hjemmetjenester

Eldre som **bor i hjemmene** sine, får ifølge ansatte som arbeider i tjenesten, hjelp til det de trenger i henhold til vedtaket. Noen har tilbud om trygghetsalarm, som skal erstatte det som tidligere var tilsyn hos brukerne.

Ansatte forteller at de gjerne gir det lille ekstra, som for eksempel en klesvask ved behov. Ansatte mener selv at de er flinke til å se den enkelte personen, og at de setter inn ekstra ressurser dersom de ser at noen blir dårlige. De ansatte er kjent med brukerne og brukerne kjenner de ansatte. Ansatte ringer til pårørende og legevakt/sykepleier dersom det er behov.

De ansatte rapporterer hver dag dersom noe er utenom det vanlige, eksempelvis tegn på kognitiv svikt. Det hender de må prioritere bort oppgaver, for eksempel utsette en dusj til en annen dag, og at de må prioritere mellom tjenester når det er travelt. Dersom brukeren er oppegående, tar de ansatte direkte kontakt for å gi beskjed om at de ikke kommer. Eventuelt tar de kontakt med pårørende dersom de vurderer at de ikke kan ringe direkte. Det kan være tilfeller de må kontakte pårørende for å be de yte en tjeneste dersom det er uvær og de ikke kommer seg fram til brukeren. De gjør sitt beste for å stille opp, og varsler alltid hvis de ikke kommer.

Når ansatte merker at brukeren begynner å føle på utrygghet, settes det opp ekstra tilsyn. Da kan det bli søkt om plass i høyere trappetrinn i omsorgstrappa. Helse- og velferdskontoret vurderer på tverrfaglig grunnlag hvem som skal få plass. De ansatte er i kontakt med helse- og velferdskontoret i forbindelse med endrede behov. Dette skjer ved at de sender melding

om behov for ny vurdering både ved økt og minkende behov. Det er de ansatte som møter brukere i det daglige som best ser om de trenger mer eller mindre hjelp.

Hjemmetjenesten tilbyr **dagaktiviseringstilbud** for eldre to dager i uka. I tillegg har hjemmetjenesten dagaktivisering for demente som er åpent fem dager i uka. De som trenger skyss, blir hentet enten av ansatte eller i samarbeid med frivillighetssentralen.

Brukere som vurderes å være kognitivt i stand til det, får ifølge ansatte så mye hjelp de må ha for å kunne bo hjemme lengst mulig. Det hender at brukerne blir demente, og etter hvert ikke samtykkekompetent. Brukere kan også oppleve å bli utrygge eller ensomme, og søker derfor om tilbud på **heldøgns omsorgsbolig** BOAS (Bo- og aktivitetssenteret) eller Sanatelltunet (for demente). Det er ventelister for å få plass i omsorgsboligene.

Ved omsorgsboligene er brukerne etter lovverket fortsatt hjemmeboende. Det er likevel et forsterket omsorgstilbud, og de ansatte sier at det er mer sykdom og stell enn det var tidligere, og at flere i realiteten er like pleietrengende som sykehjemspasienter. På grunn av mer avansert pleie ved omsorgsboligene, opplever enhetsleder det som sårbart med kun en sykepleier i turnus på dag, kveld og helg. Hun mener de må se på hvordan enheten kan styrkes med tanke på økt kompetansebehov.

Om natta er det nattevakter som ivaretar tryggheten ved å gå runder, og ellers er tilgjengelig via trygghetsalarm. Noen pasienter er «vandrere», som kan ha behov for å sitte på vaktrommet. Det er alltid to nattevakter på grunn av brannberedskap.

I den grad helsesenteret er delaktige i å legge til rette for at brukere skal kunne bo hjemme lengst mulig, er i de tilfeller de tar imot **avlastningspasienter**. Dette tilbudet er systematisert med bruk av to rom ved helsesenteret. Dette fungerer slik at helse- og velferdskontoret tildeler rullerende avlastning, det vil si én uke avlastning og tre uker hjemme. Så kommer neste pasient på én uke avlastning, deretter tre uker hjemme. På denne måten kan ett rom brukes til fire pasienter på fire uker.

## Rehabilitering

I Oppdal kommune sin plan for habilitering og rehabilitering (2019-2023)<sup>16</sup> finner vi at nasjonale føringer tilsier at oppgaver som tidligere var tillagt spesialisthelsetjenestene skal flyttes til kommunene, og at ressursene i større grad skal brukes til forebygging og behandling. Videre

---

<sup>16</sup> Oppdal kommune, «Plan for habilitering og rehabilitering, 2019 - 2023».

heter det at det må legges til rette for å sikre mobilisering av ressurser hos den enkelte, og å sette brukere og pasienter i stand til mestring og selvstendighet.

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for:

- Re-/habilitering som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- Intensiv trening som inngår i re-/habiliteringsplan eller spesialisert tilbud etter behandling
- Tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det

Kommunen har samarbeidsavtaler med helseforetaket som skal sikre sammenhengende tjenester.

I rapport om Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune (2019) beskrives ergoterapiens betydning som bidrag til å fremme befolkningens helse, funksjon, aktivitet og deltagelse gjennom å tilby hjelpemidler og tilrettelegge i den enkeltes miljø for å fremme mestring og ivareta egenomsorg.

Medisinsk rehabilitering i kommunen er organisert i enhet Helse- og familie, som består av flere tjenester. For at eldre brukere skal kunne bo lengst mulig i hjemmet, er ergoterapeuter med på kartlegging av brukerens behov. De bestiller også det som trengs av utstyr. Ergoterapi er gratis. Tjenesten for medisinsk rehabilitering og friskliv har ulike tilbud innen fysioterapi og ergoterapi. Brukere betaler en egenandel for fysioterapi i hjemmet. I tillegg betaler de egenandel for gruppetilbud som for eksempel «Sterk og stødig», bassenggrupper og kreftgruppe.

**Hverdagsrehabiliteringen** skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov<sup>17</sup>.

Medisinsk rehabilitering tilbyr hverdagsrehabilitering i samarbeid med hjemmetjenesten og friskliv. På bakgrunn av kartlegging, blant annet gjennom spørreskjema og fysisk funksjonstest, tilbys et rehabiliteringsprogram over seks uker. De har et tilbud om kreftgruppe for eldre, hvor aktiviteten skjer ved helsesenteret. De etterstreber å følge opp den samme brukeren i et pasientforløp. For eksempel er det et ønske at brukere som kommer inn til behandling via helsesenteret skal få oppfølging av samme fysioterapeut ved hverdagsrehabilitering eller fysioterapi i hjemmet. Det samme gjelder ved ergoterapitjeneste. Noe trening skjer med fysioterapi i hjemmet, eller som

---

<sup>17</sup> KS, «Hverdagsrehabilitering- for økt livskvalitet», 2015, <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/omsorg-og-mestring/utredning-om-utviklingen-pa-rehabiliteringsområdet/>.

hverdagsrehabilitering i samarbeid med hjemmesykepleien. Det betyr ifølge ansatte i hjemmesykepleien ofte gir pasienten en påminnelse om å trene, eller eventuell bistand til å gå en ekstra runde i huset. Til de som evner å bruke det, har medisinsk rehabilitering tilbud om Komp<sup>18</sup> for å sette opptreningsprogram og informere om tilbud. Erfaringen de har er at demente sjelden behersker denne teknologien.

I kapittel 2.3.1 og 2.3.2 beskrev vi helse- og velferdskontorets plassering i organisasjonen i Oppdal kommune, og kontorets prosesser og kontakt med brukere og tjenester for å tildele tjenester. Når det gjelder helse- og velferdskontorets rolle for at brukerne i størst mulig grad skal kunne mestre hverdagen i eget hjem, har vi sett at brukerne melder behov hos helse- og velferdskontoret. Helse og velferdskontoret samkjører med andre tilbud fra de ulike tjenesteyterne. Hjemmesykepleien er en stor enhet og det kan oppleves som vanskeligere å få kontakt, men lederen for medisinsk rehabilitering sier de forsøker å få til møtepunkter. Det er faste ukentlige møter med BOAS med i avdelingen hvor informasjon fra helse- og velferdskontoret om oppfølging av brukere blir gjennomgått. Hun sier at opprettelsen av helse og velferdskontoret har gjort tilpasningen av tjenester mye bedre, og at innbyggerne blir opplyst om rettigheter.

Det er stort potensial for flere **hjemmetrenerer**<sup>19</sup>, sier lederen for medisinsk rehabilitering. Det er mye stillesitting hos brukere som bor hjemme. Kommunen har utarbeidet en rapport som viser oversikt over kostnader ved å ikke forebygge og komme inn tidlig. Revisjonen har fått tilsendt rapporten fra 2019<sup>20</sup>, som ser spesielt på ergoterapitjenester og potensialet for innsparinger i andre tjenester. En konklusjon i rapporten er at ergoterapitiltak kan utsette behov for bistand fra hjemmesykepleien opptil flere år. Konklusjonen bygger på resultat av kartleggingssystemet COPM (Canadian Occupational Performance Measure)<sup>21</sup>.

### 2.3.4 Involvering

Brukermedvirkning skjer på tre nivåer: **Individnivå:** Brukermedvirkning skjer i forbindelse med hjemmebesøk, via kartlegging av behov og tildeling av tjenester ut fra brukernes egne behov. Pårørende kan være involvert i dette. Brukerne involveres i det daglige. På en enhet var de relativt konkrete med tanke på den daglige involveringen, og sa at de ansatte setter søkelys på brukernes behov og ønsker for eksempel ved å hilse god morgen og høre hvordan de har

---

<sup>18</sup> KOMP er en en-knapps skjerm for eldre

<sup>19</sup> Helsefagarbeidere som følger opp brukeren i rehabiliteringsperioden

<sup>20</sup> Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune. Delprosjekt 2. Medisinsk rehabilitering, Oppdal kommune 2019

<sup>21</sup> Oppdal kommune, «Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune».



det, spørre dem hvilke klær de ønsker å ha på seg osv. På en annen side kan det, ifølge rådgiver helse og omsorg, være utfordrende å sikre nødvendig brukermedvirkning. Ansatte og ledere er travle, og må prioritere strengt mellom oppgaver.

**Tjenestenivå:** Det er samarbeidsavtaler mellom ulike tjenester og med frivillige organisasjoner. Helsesenteret er et Livsgledesykehjem<sup>22</sup>. Det betyr at man ivaretar beboerne med særskilte tiltak, som for eksempel kulturelle tilbud for eldre på helsesenteret. Livsgledeaktørene skal ivareta de eldres behov på flere områder.

**Systemnivå:** Det gjennomføres brukerundersøkelse annethvert år i Oppdal kommune. Resultatene har vist at kommunen jevnt over får gode tilbakemeldinger.

Helse- og velferdskontoret informerer om tjenestetilbudet til kommunen, blant annet på pårørendeskole og eldrekafe. Faglederen ved helse- og velferdskontoret mener at informasjon om de ulike frivillighetstjenestene, og om mulighetene for tilrettelegging av bolig, kan bli bedre enn det er i dag.

### 2.3.5 Heldøgnsstilbud (institusjon)

For eldre som trenger omfattende helsetjenester, tilbyr kommunen heldøgnsstilbud på Oppdal helsesenter. Det er helse- og velferdskontoret som tildeler plasser på helsesenteret. Dette skjer ved at helse- og velferdskontoret har et eget inntaksteam. Deretter deltar en av de ansatte på helse- og velferdskontoret ved visitten på Oppdal helsesenter. Da har de på forhånd gått gjennom listen for innlagte pasienter på sykehus, søknader om tjenester på Oppdal helsesenter, og rapportene til pasienter som er inneliggende ved Oppdal helsesenter. På den måten får de en god oversikt over hvem som har behov for heldøgnsstilbud. På visitten deltar ansatte fra medisinsk rehabilitering, sykepleier fra hjemmetjenesten, sykepleiere fra avdelingene på Oppdal helsesenter og tilsynslege. Pasientene og deres situasjon blir drøftet, ev hjemreisetidspunkt fastsettes. Denne praksisen er ifølge fagleder ved helse- og velferdskontoret en endring av rutine på inntaksteam som det ble enighet om å teste ut fra januar 2024.

**Kapasiteten** på heldøgnsstilbud og institusjon er en utfordring, og det er ventelister for å få plass. Dette er noe politikerne er klar over og det er satt i gang en prosess for å tilpasse tilbudet til behovet framover. De viser til at det er kostbart å leie plasser i andre kommuner, og at det er belastende for både pasienter og pårørende.

---

<sup>22</sup> Livsglede for Eldre er en ideell stiftelse som bidrar til å skape meningsfulle hverdager for eldre. Landsomfattende.

Oppdal helsesenter har to sykehjemsavdelinger med 30 pasienter på hver avdeling. Det er både korttids- og langtidspasienter på begge avdelingene. Videre har begge avdelinger en skjermet enhet, med plass til 10 pasienter på hver, til sammen 20 plasser. Begge skjermede enheter er tilrettelagt for forsterket skjerming. Det er sansehage tilknyttet skjermet enhet i 1.etasje. Nye pasienter får tilbud på den avdelingen det er ledig, uavhengig av om det er for kort eller lang tid.

Leder for helsesenteret sa at korttidsplassene er mer samlet enn tidligere, men de er bundet av bygningsmassen, og får ikke samlet alle, slik de ønsker.

Leder fortalte videre at alle pasienter får oppnevnt en **primærkontakt**. Primærkontakten er ansvarlig for kontakten med pasient og pårørende. De som ivaretar denne funksjonen, er helsefagarbeidere. Ansatte som er primærkontakter, er med og arrangerer møter med pårørende.

Trygghet og verdighet i det daglige ivaretas blant annet ved at enhetsleder og ansatte har **refleksjonsmøter** på avdelingene hver 14. dag. Ved å snakke sammen om tjenestene som ytes til pasientene, vil de skape bevissthet om hvordan de jobber. Refleksjonen kan ha ulike tema, eksempelvis avviksbehandling, eventuelt utfordringer knyttet til en enkeltpasient, internundervisning i bruk av tvang og makt der de prøver å få til tillitsskapende tiltak i stedet for tvang.

Enhetslederen er opptatt av å skape arbeidsformer som gir verdighet og trygghet for pasienten. Noen ganger handler det om for eksempel å bytte personale, og prøve på nytt med en annen tilnærming med mål om å nå fram til pasienten på andre måter. De ansatte ga uttrykk for at de opplever at pasientene har trygghet i omgivelsene, men at følelsen av trygghet kan variere. De nevner spesielt de skjermede avdelingene for demente der trygghet kan være en hånd å holde i, sitte rolig og prate, forutsigbarhet i situasjonen, og ellers at de viser respekt for pasientene. I helgene er det færre på jobb og de ansatte er ikke like synlige for pasienter som ønsker kontakt. Trygghet for pasientene skal ivaretas også om natta. For å ivareta **trygghet på natt** er det lagt inn rutine for tre runder på alle rom. I tillegg har noen særskilt overvåking. De som jobber natt, sier at pasientene vet at de kommer innom hvis det er noe.

Responser de ansatte får tyder på at pasientene i all hovedsak føler seg verdsatt, ble det sagt. De ansatte opplever at pasientene blir glade når de kommer tilbake fra ferie og andre lengre fravær.

Helsesenteret er sertifisert som **livsgledehem**. Det er et verktøy som skal bidra til å ivareta trygghet, verdighet og selvrespekt hos pasientene, og krever årlig resertifisering. Ved ankomst kartlegger de hva som gir pasientene livsglede. Dette gjøres ved å stille spørsmål som: «Hvem

er du, og hva liker du?» De gjør en livshistoriekartlegging i samarbeid med pårørende. Med bakgrunn i dette, blir det laget en tiltaksplan for den enkelte og disse blir evaluert hver tredje måned. Primærkontaktene har ansvar for evalueringen, og fagsykepleierne har ansvaret for oppfølgingen. Eksempel på tilrettelegging for livsglede er å gi pasienten følelse av mestring ved å holde på med en kjent aktivitet. Hvis de for eksempel ikke kan strikke lenger, kan de i stedet bla i strikkebøker.

Helsesenteret har en **aktivitør** som blant annet jobber med å knytte institusjonen til resten av bygda, for eksempel videregående skole og barnehager. Helsesenteret har uteareal som er egnet som en naturlig uteplass for en barnehage i nærheten, og barna derfra spiser medbragt mat på kantina, der også de eldre oppholder seg.

Røde kors har **besøktjeneste** på helsesenteret hver uke, og det er faste andakter av lokale menigheter. Det kommer henvendelser til helsesenteret om sosiale tilstelninger/spilleoppdrag, alternativt at aktivitøren inviterer ut fra en liste over aktuelle tilbydere.

### 2.3.6 Omsorg ved livets slutt (palliativ omsorg)

I intervju med leder og ansatte i hjemmetjenesten ble det fortalt at mange av kommunens eldre vil være hjemme ved livets slutt. Stort sett leier hjemmetjenesten inn ekstra ressurs. De har kompetanse i tjenesten som ivaretar palliativ omsorg på en god måte. Det ble sagt at ansatte har tilbud om å kontakte sykehuset for å få veiledning.

På helsesenteret og på BOAS blir det sørget for at det alltid er noen sammen med pasienter som er i denne fasen. De ansatte forteller at de har inntrykk av at også pårørende blir ivarett.

Palliativ pleie planlegges med hensyn til i hvilken fase pasientene er i. Prinsippet er at ingen skal dø alene. Dersom det ikke er pårørende som kan være til stede, settes det inn ekstra ressurs om natten for å være der med pasienten. Pårørende kan være til stede hele tiden om ønskelig, og tilbudet legges opp individuelt.

Enhetsleder ved helsesenteret mener at de er gode på å gi palliativ omsorg, og fremhever at de har en veldig flink tilsynslege ved helsesenteret. Flere som arbeider der har fremhevet at hun er svært tilgjengelig, og bidrar til at ansatte blir tryggere i sin arbeidshverdag.

## 2.4 Revisors vurdering

Kommunen har sørget for å tilrettelegge et system som skal bidra til en verdig, trygg og meningsfull alderdom gjennom planer og organisatoriske løsninger.

Revisor vurderer det slik at målene om en verdig, trygg og meningsfull alderdom er forankret i kommunens plansystem. Målene er operasjonalisert via helse- og velferdskontoret og på tjenestenivå.

Etter revisors vurdering var det et godt grep å opprette et helse- og velferdskontor. Det vurderes som en god løsning at det er organisatorisk plassert i en virksomhet som ikke direkte yter disse tjenestene. Det samme gjelder lokaliseringen i rådhuset. I sum bidrar dette trolig til at helse- og velferdskontoret gjør vurderinger og vedtak uavhengig av virksomhetene som yter tjenestene.

Kommunen yter i hovedsak tjenester etter den enkeltes behov, men kapasiteten ved tilbudene begrenser mulighetene.

Gjennom bruk av tildelingskriterier får brukerne vedtak om behovsprøvde tjenester i tjenesteforløpet, slik det er beskrevet i omsorgstrappa. Revisor er kjent med at tildelingskriteriene er under revisjon, men våre vurderinger er uavhengig av det.

På grunn av kapasitetsbegrensninger ved helsesenteret, kan flere av beboerne ved BOAS være aktuelle for institusjonstjenester. Det fører i neste omgang til kapasitetsmangel og ventelister for opphold ved BOAS, som igjen fører til press på hjemmetjenesten og dagtilbudene. Etter revisors vurdering kan det være risiko for at det er brukere av hjemmetjenester som ikke får de tjenestene i omsorgstrappa som de har behov for.

Kommunen legger til rette for mestring av hverdagen for at eldre skal få bo hjemme lengst mulig, men revisor ser at det er forbedringspotensial på de laveste trinnene i omsorgstrappa.

Revisor mener at kommunen har et gjennomgående system for å bidra til at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Det starter med tilbud om forebygging og informasjon om tilbud som kommunen kan gi, og følges opp med tilrettelegging ved behov så langt kapasiteten rekker.

Hjembesøkene som ble gjennomført tidligere, sikret at alle eldre over 75 år fikk informasjon om tilbudene som finnes. Nå forutsetter kommunen at eldre, eller deres pårørende, selv oppsøker informasjon og hjelp. Revisor ser at det kan være risiko for at noen eldre ikke får

tilgjengelig hjelp i hjemmet på grunn av manglende kjennskap til hva som finnes av tilretteleggingsmuligheter.

Revisor vurderer det slik at kommunen selv er oppmerksom på forbedringsområder, for eksempel ergoterapiressurser, tilgang til funksjonelle boliger, flere dagsenterplasser og tilbud om hjemmetrening for de som fortsatt bor i egne boliger.

Kommunen sørger for involvering for at den eldre skal føle seg verdsatt og sett i beslutninger som angår dem selv.

Kommunen har system for involvering både på individ-, tjeneste- og systemnivå.

Kommunen har tilbud om heldøgntilbud i tilrettelagt bolig/institusjon, men ikke nok kapasitet til å dekke behovet.

Kapasiteten på helsesenteret er begrenset, og mange av beboerne på BOAS har i realiteten tilbud som om de er institusjonsbeboere. Dette er kommunen klar over og er i gang med prosesser for å øke tilbudet i tråd med behovet.

Kommunen tilbyr palliativ omsorg.

Kommunen legger til rette for et palliativt tilbud etter ønske fra bruker, pasient og pårørende.

# 3 SAMMENHENG I TJENESTER OG OVERGANGER

I dette kapitlet vurderer vi om kommunen har lagt til rette for gode sammenhenger i tjenestene som leveres, og i overgang mellom ulike tjenester.

## 3.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for sammenhenger i tjenester og overganger:

- Har kommunen lagt til rette for å gi eldre trygghet og forutsigbarhet gjennom å bidra til gode sammenhenger i tjenestene og overganger?

## 3.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal gi økt trygghet og forutsigbarhet i overgangssituasjoner
- Eldre skal få færre ansatte å forholde seg til
- Kommunen skal ta vare på de pårørende

Utleddningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1.

## 3.3 Funn

Her presenteres data om hvordan trygghet og forutsigbarhet blir ivaretatt for eldre og deres pårørende.

### 3.3.1 Overgangssituasjoner

Det er helse- og velferdskontoret har ansvaret i forbindelse med overganger, og som legger til rette for at dette skal skje trygt. Det er utarbeidet et **helhetlig pasientforløp** som brukes i overflytting mellom hjemmet/BOAS og sykehjem. Helse- og velferdskontoret informerer pasient og pårørende om hva som skal skje i forbindelse med overganger mellom tjenester, om type tjeneste, og om hvor og når de skal møte opp.

Ved overganger fra/til sykehus, er det e-melding fra sykehuset som initierer overgangen. Det er «innesykepleier»<sup>23</sup> ved hjemmesykepleien som har kontakt med sykehus og sykehjem

---

<sup>23</sup> Sykepleiere i hjemmetjenesten som bare jobber ved BOAS.

utenfor åpningstidene til helse- og velferdskontoret. Det kan være mye fram og tilbake med telefoner. De ansatte prøver å stille opp så godt de kan i alle typer overgangssituasjoner, men de trenger selv å bli trygge i uvante arbeidsprosesser. De har fått opplæring internt på noen prosedyrer, og har vært på sykehjem og sykehus for å lære seg det som trengs.

Kommunen har kapasitetsutfordringer på utskrivningsklare pasienter som kommer fra sykehus. Rådgiver helse forteller at i 2023 har det vært mange overliggere<sup>24</sup> fra St. Olav. Sykehuset sender gjerne pasientene til Røros sykehus som en mellomløsning. Kommunen har videre avtale med nabokommuner om at pasienter kan få plass der, hvis det er kapasitet. Dette oppleves ikke alltid greit for pasientene, og rådgiveren forteller at det har vært noen reaksjoner på det. Hun forteller videre at rehabiliteringsavdeling er under planlegging. Det kan påvirke bruken av ressurser i sykehjemmet.

Tidligere leder for eldrerådet var også inne på dette, og sa at det er mange eldre som ikke er fornøyd med at de blir sendt til andre kommuner på rehabilitering. Hun viser videre til at kommunen har avtale med andre kommuner om pasienter som blir utskrevne fra sykehus. For eldre personer oppleves korttidsplass i andre kommuner som utrygt, sier hun. Det gjelder også rehabilitering som burde kunne gjennomføres ved helsesenteret. Det skjer at eldre ikke får komme hjem fra sykehus pga. manglende kapasitet i kommunen, og viser til at det koster kommunen svært mye å betale for "overliggere" på sykehus eller for leide plasser på rehabilitering.

Rådgiver helse sier at det har vært en utfordring at hjemmetjeneste og sykehjem ikke har hatt kapasitet til å tilby tjenester fra det tidspunktet helse- og velferdskontoret fatter vedtak. Det er dialog mellom helse- og velferdskontoret og enhetene i helsetjenesten om hvordan samhandlingen kan forbedres, slik at overganger blir mer sømløse. Rådgiveren er av den oppfatning at det trengs mer ressurser, i tillegg til at de faglige ressursene kommunen allerede har bør brukes annerledes. Lederne er bundet opp i direkte brukerrettet drift, og har lite tid til ledelse og langtidsplanlegging.

Overgangene kan oppleves ulikt. Eksempelvis kan rullinger mellom avlastning og korttidsopphold være en påkjenning for både bruker og pårørende. Nestlederen i demensforeningen forteller at nettopp overganger/miljøskifter er vanskelig for gruppen demente eldre. Demente er avhengig av å være i samme miljø. Han sier videre at ansatte er oppmerksomme på hvordan de skal håndtere slike situasjoner. Ved behov settes det inn ekstra ressurs der den demente bor.

---

<sup>24</sup> Overliggere er pasienter som blir på sykehuset lenger enn nødvendig for behandlingen.

Her beskrives noen overgangssituasjoner:

### **Fra eget hjem til heldøgns omsorg/sykehjem**

Disse overgangene er som oftest planlagt over tid. Det er fattet enkeltvedtak etter søknad fra bruker.

Når nye brukere kommer til BOAS er det som regel pårørende som foretar det praktiske rundt innflytting. De ansatte snakker med de pårørende, ser i journalsystemet, og de leser rapport. Personalet er tilgjengelig for spørsmål. De fleste brukere kjenner til tilbudet fra før gjennom dagsenteret, og vet hva de går til.

Ved Sanatelltunet, som tilbyr heldøgnsomsorg for demente, gjør de det slik at brukerne før innflytting får komme dit på besøk, for å gjøre seg kjent med tilbudet. Også personalet på dagtilbudet i Engveien tar de som skal flytte inn med på besøk.

Når pasienter får tildelt plass direkte fra hjemmet til helsesenteret, kan senteret planlegge at pasienten skal komme til et måltid. Det blir hensyntatt at pårørende må ha tid til å være med pasienten ved ankomsten. Som regel kjenner de til pasientene fra før, gjennom avlastning, korttids plass og lokalkunnskap.

### **Fra sykehus til eget hjem/døgnbasert omsorg/sykehjem**

Det som kan være utfordrende når det kommer pasienter fra sykehus til de kommunale tjenestene, er de raske **overgangene fra sykehus** til de skal gi et tilbud ved helsesenteret/BOAS/hjemmesykepleien. Pasienter som kommer fra sykehus, har ofte omfattende observasjons-, behandlings- og pleiebehov. Det hender at kommunen må si at de ikke kan ta imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehus. Spesielt gjelder dette i situasjoner der det er sykefravær, som kan medføre at nødvendig kompetanse ikke er på plass. Det er tatt grep for at flere av de ansatte får tilegnet seg nødvendig kompetanse slik at det ikke blir så sårbart.

For hjemmeboende brukere som har vært på sykehus meldes det inn et behov. I hjemmetjenesten har de møter om de det gjelder sammen med helse- og velferdskontoret. Dersom pasienten skal til eget hjem setter de inn forsterking av ressurs i starten, og trekker seg ut etter hvert. Pasienten får trygghetsalarm dersom det er ønskelig, eventuelt tilbud om korttids plass på sykehjem.

**E-meldinger** blir benyttet for utveksling av helseinformasjon mellom tjenester/institusjoner/instanser, og disse ligger i elektronisk pasientjournal. Når en pasient blir lagt inn på helsesenteret har ansatte tilgang på all informasjon om pasienten, med unntak av utskrift av fastleges pasientjournal som må hentes på legekantoret. Telefon brukes mye



mellom avdelinger, og det er ellers mange kommunikasjonsmåter for å få gitt informasjon til rette vedkommende om pasienten. En ansatt sier det de møter pasienten, blir kjent, setter seg inn i journalen og ringer tilsynslegen.

Når pasient kommer på korttidsplass rett fra sykehus, er det sykehuset som informerer pårørende. Avdelingsleder ved helsesenteret informerer ansatte, som praktisk tar imot, tilbyr informasjonsbrosjyre til pasient (evt. pårørende om pasient ikke er samtykkekompetent) og informerer om praktiske ting som klær, møbler etc. Ansatte ved helsesenteret mener pasienter som skal ha korttidsopphold ofte blir sendt ut for tidlig fra sykehuset. Disse er også mindre avklart fra fastlegene, sammenlignet med langtidspasientene, hvor det er tilsynslegen som er «fastlegen»

Enhetslederen ved helsesenteret har inntrykk av at pasientene føler seg ivaretatt ved ankomst. Dersom det er uro blir dette raskt tatt opp, og pårørende sier også fra dersom det ikke går bra, og det blir tatt opp i ledermøter. Hun mener at forbedringspotensial i både tjenester, og overganger mellom tjenester, er kontinuitet i bemanning.

### **Fra sykehjem til eget hjem/døgnbemannet omsorgsbolig**

Det er stort sett pasienter på korttidsopphold som opplever overganger til hjemmetjenesten etter institusjonsopphold.

Ved hjemreise har helsesenteret tverrfaglige møter med rehabiliteringstjenesten (fysioterapeut, ergoterapeut), sykepleier, hjemmetjenesten og helse- og velferdskontoret. Noen pasienter gruer seg til å dra hjem igjen, men de ansatte opplever sjelden reinnleggelse på korttidsopphold. Noen pasienter ønsker seg hjem, selv om helsesenteret ikke tilråder det. Det er vanlig å involvere pårørende i slike vurderinger. Noen pasienter blir søkt videre til for eksempel BOAS dersom det ikke er aktuelt å bo i egen bolig lenger.

De ansatte er tydelig på at de er opptatt av å gjøre både pasient og pårørende trygge på overgangene.

### **3.3.2 Færre ansatte å forholde seg til**

Enhetsleder i **hjemmetjenesten** sier at de tilstreber at det i størst mulig grad er de samme ansatte som bistår brukerne. Ved innføring av Helseplattformen ble det gjennomført en kartlegging av hvor mange ansatte som er innom fra hjemmesykepleien. For kommunen mener enhetsleder at dette er et nyttig måltall for å følge med på antall ansatte som er innom hver enkelt bruker.

Hjemmetjenesten strever med høyt sykefravær, særlig korttidsfravær, og har utfordringer med å få tak i folk. I den forbindelse er det leid inn eksterne vikarer fra vikarbyrå. Disse skal ha god faglig bakgrunn og beherske språket slik at de kan kommunisere godt med både pasienter, pårørende og kollegaer. Dette er kontraktsfestet i avtalene med vikarbyråene, ifølge enhetsleder.

Enhetslederen mener at det ved BOAS kan være lettere å nå målet med færre ansatte å forholde seg til, enn for eksempel i hjemmesykepleien. Brukerne ved begge avdelingene har primærsykepleier og sekundærkontakt. Likevel opplever en del av brukerne å ha mange forskjellige folk innom.

Ansatte i hjemmetjenesten sier at de prøver å ta hensyn til, målet om at brukerne skal ha færrest mulig ansatte å forholde seg til. De ønsker selv heltidskultur, som er en del av dette. På en annen side er det slik at noen brukere også liker å møte mange forskjellige. Videre sier de at når brukeren får vedtak om tjeneste, utarbeides arbeidslista hos hjemmetjenesten. Arbeidslista styres av arbeidsoppgavene, og det er ikke lagt opp slik at brukeren får besøk av samme ansatt.

Ved **helsesenteret** er enhetslederen spesielt opptatt av at enheten prøver å bruke ansatte som er kjent for brukerne, men sier det kan være utfordrende når de mangler kompetansen de trenger. Det er avdelingslederne som har ansvar for den daglige organiseringen av personalet, og de prøver å ivareta at det er de samme som møter både pasienter og pårørende. De ansatte sier samtidig at det går mye tid på opplæring av vikarer. Det legges vekt på å bruke de samme vikarene over tid. Ofte er vikarene utenlandske, og da kan det være utfordringer med språk. Tidligere var det i hovedsak nordiske vikarer, noe som ga færre utfordringer i forhold til språk. Nå er det større andel vikarer fra ikke-nordiske land. Selv om det er vikarer med sykepleierkompetanse som leies inn, fungerer de som oftest som fagarbeidere.

Ansatte sier de jobber på tvers av avdelingene, men at de ideelt sett kunne hatt egne team på de skjermte avdelingene. De ansatte mener det viktigste er å kjenne til ønsker og vaner hos beboerne.

Fra mars 2024 blir det satt i gang et prosjekt med langvakter i helgene. Det betyr at de ansatte er på jobb i 12 timer på dagtid. De ansatte kan selv velge om de vil eller kan delta i prosjektet.

### 3.3.3 Ivaretagelse av pårørende

Kommunen har som mål å ta vare på pårørende. Det som beskrives i dette kapitlet viser hva kommunen gjør for å ivareta de pårørende, men også hva frivilligheten, og samarbeidet kommune/frivillighet bidrar med.

Kontakt med pårørende er en del av arbeidet i alle tjenester opp mot eldre brukere. Det ivaretas ofte direkte og uformelt, men det er også noe som er formalisert. Det formelle er ivaretatt i pårørendesamtaler og via avtaler opp mot frivilligheten som bidrar til å ivareta eldre sine behov.

Alle revisor har intervjuet er enige om at det er lav terskel for å ta kontakt på alle nivå, og både ansatte og representanter fra frivilligheten/pårørende er enig i at det er en dialog som pågår jevnlig. Pårørende informeres fortløpende hvis det er fall i funksjonsnivå hos en pasient.

**Dagaktiviseringstilbudet** for eldre og for demente er et av tiltakene for å lette hverdagen for pårørende. Her er det samarbeid med frivilligsentralen som både henter og bringer til aktiviteter. Frivilligsentralen henter folk til dagsenteraktiviteter med en egen minibuss. Ansatte mener at tilbudet om dagaktivitet, med henting og bringing, er et bidrag til at pårørende greier å ha sine lenger hjemme.

Betydningen av flere og varierte lavterskeltilbud blir ofte nevnt både blant de som jobber i tjenesten og fra de pårørende vi har snakket med gjennom frivilligheten. For at pårørende skal være en ressurs lengst mulig, er de avhengig av **avlastningsmuligheter som er tilpasset behovet**. Avlastning på enkelte kvelder og netter er etterspurt, for eksempel overnatting til neste dags dagaktivitet.

Det er **ventelister** på dagtilbud ved BOAS, og ventelister på dagtilbudet for demente i Engveien. Helse- og velferdskontoret jobber for at alle skal få et dagtilbud, og videre skal de utvide avlastningstilbudet med noen kvelder. Det er nylig (vinter 2024) gjort en kartlegging på denne type brukergrupper. Hukommelsesteamet har gjennomført samtaler med alle pårørende til demente.

Faglederen ved helse- og velferdskontoret forteller at søknader om døgnavlastning på helsesenteret hittil har blitt innvilget. Det er også et tilbud om **hjelpestønad** til pårørende som står i krevende situasjoner, for eksempel for pårørende som har dement ektefelle som er urolig på natt. Tiltakene er ment å bidra til at pårørende kan stå i situasjonen lenger.

Avlastningstilbud er en viktig sak for demensforeningen. Nestlederen sier i intervju at det kan krevende å være pårørende til demente. Nestlederen viser til statistikk som sier at seks av ti pårørende selv blir pleiepasienter. Avlastningsbehovet kan være kort eller av lengre varighet, det vil si fra noen timer en kveld, et døgn til noen uker. Pårørende til hjemmeboende demente,

trenger noen som er hjemme hos den andre når den pårørende skal ut på noe i egen regi. Utfordringen med avlastningstilbud er at det krever at den demente får tilbud der det er kjente personer og kjente lokaler. Demensforeningen er opptatt av å synliggjøre dette behovet opp mot økonomiplaner og budsjett, og opplever at politikerne lytter til deres synspunkter.»

**Pårørendeskole og samtalegrupper** er etablert i samarbeid med demensforeningen. Tidligere har institusjonen hatt ansvar for gjennomføring, men fra 2024 har demensforeningen dette ansvaret. Det vil fortsatt være samarbeid mellom institusjonen og demensforeningen om dette. Dette er et tilbud til både pårørende som har tjenester for sine og pårørende som ikke har det. Pårørendeskolen innebærer 6-8 kurskvelder med informasjon om demenssykdommer. Tema er hvordan det er å være pårørende til en med demens, informasjon om det kommunale tilbudet, fremtidsfullmakt, tvang og makt.

Tre personer i demensforeningen er utdannet som **likepersoner**. Disse personene er eller har vært pårørende til personer med demens. Kursingen har foregått via demensforeningen på nasjonalt nivå. De som har tatt denne utdannelsen leder samtalegruppene. Antall pårørende som deltar på de ulike gruppene varierer. Gruppene er tillitsbasert, og de har selvpålagt taushetsplikt innad i gruppene.

Mange av de vi har intervjuet har sagt at det er lav terskel for kontakt på alle nivå. Pårørende inviteres på kantina for å delta på arrangementer. En gang i året arrangeres pårørendemøte med ulike tema. Pårørende er ofte på helsesenteret, og de ansatte er i jevnlig dialog med pårørende.

### 3.4 Revisors vurdering

Kommunens mål om å gi økt trygghet og forutsigbarhet i overgangssituasjoner er delvis nådd.

Kommunen er i stand til å gi trygghet og forutsigbarhet i planlagte bosituasjoner som overganger mellom tjenestene innad i kommunen, så lenge det er kapasitet i tjenesten. Revisor ser at det er etablert prosedyrer for overganger.

I overganger fra sykehus til kommunen, og spesielt i de tilfeller der kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasientene, kan det være større utfordringer. Når overgangene innebærer overføring til andre kommuner, gir det økt uforutsigbarhet og kan oppleves utrygt både for de eldre, men også for pårørende. Eldre med demenssykdom vurderes å være ekstra sårbare i overgangssituasjoner.

Målet om at eldre skal få færre ansatte å forholde seg til er ikke nådd.

Intensjonene om at de eldre skal få færre ansatte å forholde seg til er til stede hos de vi har intervjuet, og det varierer noe mellom tjenestene i hvilken grad det er mulig å få det til. Færre ansatte på besøk til brukere er ikke mulig å gjennomføre når det samtidig er høyt korttidsfravær, og kommunen må leie inn kompetanse gjennom vikarbyrå. Det kan etter revisors syn tyde på at det styres mer etter å få rett kompetanse på plass, og at arbeidsoppgaver blir utført, enn at det skal være de samme ansatt som utfører oppgavene overfor brukerne.

Kommunen har forbedringsmuligheter for å ivareta pårørende.

Revisor mener at kommunen har iverksatt en del tiltak som ivaretar pårørende, eksempelvis dagtilbud og støtteordninger. Etersom pårørende er en viktig ressurs for å nå målet om at de eldre skal bo lengst mulig hjemme, bør kommunen etter revisors syn yte en ekstra innsats for denne gruppen, og slik få måloppnåelse på flere hold. Så lenge det er ventelister på dagtilbud, og det heller ikke er etablert fleksible avlastningsordninger som pårørende etterspør, mener revisor at kommunen har mer å gå på for å nå målet om å ivareta pårørende.

## 4 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

I dette kapitlet oppsummerer vi og konkluderer på de to problemstillingene og anbefaler tiltak for forbedring. Til grunn for konklusjon og anbefalinger er revisors vurderinger.

### 4.1 Konklusjon

*Fyller Oppdal kommune målene som ligger i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet?*

Revisor oppsummerer denne problemstillingen med at Oppdal kommune i all hovedsak oppfyller målet i eldrestrategien om å bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet. Kommunen har gode planer for eldreomsorgen, og har organisert tjenester og tildeling av tjenester på en måte som gir muligheter for å sikre likebehandling.

Kapasitetsutfordringer på institusjonsplasser forplanter seg nedover omsorgstrappa, og kan gi risiko for at eldre ikke får de tjenestene de har behov for. Det er press på dagplasser og avlastningsplasser.

Revisor vil trekke fram tjenesten for medisinsk rehabilitering og frisklivscentralen som viktig for at eldre kan mestre å bo hjemme lengst mulig. Informasjonen vi har fått tyder på at det mangler ergoterapiressurser for å nå dette målet, i tillegg til dagsenterplasser og tilbud om hjemmetrening.

*Har kommunen lagt til rette for å gi eldre trygghet og forutsigbarhet gjennom å bidra til gode sammenhenger i tjenestene og overganger?*

Revisor oppsummerer denne problemstillingen med at kommunen, så lenge det er tilstrekkelig kapasitet i tjenestene, i all hovedsak er i stand til å gi trygghet og forutsigbarhet ved overganger mellom tjenestene innad i kommunen.,

Revisor vil likevel trekke fram utfordringer i overganger fra sykehus til kommunen, hvor pasienter noen ganger blir sendt til andre kommuner hvis det er mangel på korttidsplasser i kommunen. Dette kan skape utrygghet og uforutsigbarhet for pasienten, og det kan dessuten gjøre det vanskeligere for pårørende å besøke pasienten.

Høyt korttidsfravær de siste årene gjør det krevende å oppfylle målet om at brukeren skal ha færre ansatte å forholde seg til.

Revisor mener at kommunen har mer å gå på for å ivareta pårørende. Ventelister på dagtilbud og mangelfulle avlastningsordninger gjør hverdagen mer utfordrende for pårørende.

## 4.2 Anbefalinger

På bakgrunn av vurderinger og konklusjon, anbefaler revisor kommunedirektøren å:

- Sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester
- Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende
- Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme
- Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune
- Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger

# KILDER

Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2010). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>.

———. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg).

———. «St. Meld. 15 (2017 - 2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.», 2018. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>.

KS. «Hverdagsrehabilitering- for økt livskvalitet», 2015. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/omsorg-og-mestring/utredning-om-utviklingen-pa-rehabiliteringsområdet/>.

Oppdal kommune. «Det gode liv i ei attraktiv bygd. Kommuneplanens samfunnsdel, 2010 - 2025.», 2010.

———. «Helse- og omsorgsplan 2018 - 2025», 2018.

———. «Kriterier for helse- og omsorgstjenester i Oppdal kommune», 2019.

———. «Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2021 - 2025», 2021.

———. «Plan for habilitering og rehabilitering, 2019 - 2023», 2019.

———. «Styrking av habilitering og rehabilitering i Oppdal kommune», 2019.

Tuntland, Hanne og Ness, Nils Erik (red.). «Hverdagsrehabilitering», 2014.



# VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om kontrollutvalg og revisjon (§15) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgstjenesteloven<sup>25</sup>
- Forskrift om en verdig eldreomsorg<sup>26</sup>
- Oppdal kommunes eldrestrateg «Leve hele livet»<sup>27</sup>

Verdighetsgarantien har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriften brukes, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud.

I praksis betyr dette:

- En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand.
- Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene.
- Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- Lindrende behandling og en verdig død.
- Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen.

---

<sup>25</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)» (2011), [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorg](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg).

<sup>26</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)» (2010), <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>.

<sup>27</sup> Oppdal kommune, «Leve hele livet. Strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Oppdal kommune 2021 - 2025».

- Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom og at par som ønsker det skal kunne bo sammen

I eldrestrategien for Oppdal kommune står følgende i strategi 4 om helsehjelp:

- Vi skal legge til rette for og gi tjenester som fremme livskvalitet og mestring av hverdagen for den enkelte. Det er et mål å finne ut hva som er viktig for den enkelte for å kunne mestre egen hverdag.
- Vi skal legge til rette for å mobilisere den enkeltes egne ressurser, bidra til at den enkelte får dekket sitt behov for trygghet, hjelp og verdighet når egne ressurser avtar på grunn av sykdom og funksjonssvikt.
- Eldre skal føle seg verdsatt, bli sett og involvert i beslutninger som angår dem selv.
- Vi skal øke innsatsen knyttet til tiltak og tjenester som legger til rette for at den enkelte skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt.
- Innbyggerne skal ha trygghet for å få heldøgnstilbud i tilrettelagt bolig/institusjon når de trenger det.
- Når livet går mot slutten, skal eldre få god lindrende omsorg og pleie.

I strategi 5 om Sammenheng i tjenestene har kommunen som mål å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet gjennom gode pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus, sykehjem, samt færre ansatte å forholde seg til. Det er også et mål å ta vare på pårørende.

Utlede revisjonskriterier:

Problemstilling om helsehjelp (strategi 4)

- Kommunen skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.
- Kommunen skal yte tjenester etter den enkeltes behov.
- Kommunen skal legge til rette for mestring av hverdagen for at eldre skal kunne få hjemme lengst mulig.
- Kommunen skal sørge for involvering slik at den eldre føler seg verdsatt og sett i beslutninger som angår dem selv.
- Kommunen skal tilby heldøgnstilbud i tilrettelagt bolig/institusjon ved behov.
- Kommunen skal yte palliativ omsorg og pleie.

### Problemstilling om gode sammenhenger (strategi 5)

- Kommunen skal gi økt trygghet og forutsigbarhet i overgangssituasjoner.
- Eldre skal få færre ansatte å forholde seg til.
- Kommunen skal ta vare på de pårørende.

# VEDLEGG 2 – UTTALELSE



Oppdal kommune

Stab og støtte

Deres ref:  
Vår ref: 2023/2691 - 4  
Dato: 07.03.2024  
Org.nr.: 964 983 003

REVISJON MIDT-NORGE SA  
Att. Anna Ølnes  
Brugata 2  
7715 STEINKJER

## Foreløpig rapport - forvaltningsrevisjon av eldrestrategien

Kommentarer til rapporten:

På side 11 står det i rapporten:

*Kommunen har 60 sykehjemsplasser. Det er manglende kapasitet på helsesenteret, og det er sak til politisk behandling om utbygging av flere institusjonsplasser.*

Nevnte sak ble ikke fremmet til politisk behandling med bakgrunn i at Oppdal kommune hadde mottatt et kunnskapsgrunnlag fra PWC – bestilt av kommunestyret. Denne rapporten påpeker utfordringer knyttet til demografi og gir kommunen en rekke anbefalinger/forslag til tiltak for å ivareta et fremtidig godt tjenestetilbud til eldre. Dette er bla:

1. Mer spesialisering av institusjonsplasser
2. Omsorgsboliger med og uten bemanning
3. Regulering av privatboligmarkedet
4. Styrking av hjemmetjenestene

Med bakgrunn i rapporten gjorde kommunestyret en bestilling om en helhetlig vurdering av fremtidige helse- og omsorgstilbud som vil bli lagt fem i egen sak. Kommunestyret fikk derfor ikke sak om utbygging av sykehjemsplasser til behandling. Dette bare til orientering.

Utover dette er rapporten grei fra vår side.

Med hilsen

Frøydis Lindstrøm  
rådgiver helse og omsorg

*Dokumentet er elektronisk og sendes derfor uten signatur.*

**Du kan svare direkte fra din digitale postkasse.**

Sentralbord: 72 40 10 00 | Adresse: Inge Krokanns veg 2, 7340 OPPDAL | [www.oppdal.kommune.no](http://www.oppdal.kommune.no)





Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)