

2011

Vedtakspraksis Søknadskontoret Bydel Ullern



Lena Borge Haakonsen og Thor Audun
Gulbrandsen (ansvarlig konsulent)
Skagerak Consulting AS

28.04.2011

Mailadresse:

thor.gulbrandsen@mantec.no

Tlf. (+47) 92 42 53 61

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn	3
Effektmål.....	3
Viktigste anbefalinger	3
Arbeidsmodell.....	4
Praksis ved søknadskontoret	5
IPLOS kartlegginger	6
Forslag til tiltak	8
Beslutningsfora	8
IPLOS-kartlegginger	8
Vedtaksmaler.....	11
Hjemmetjenesten	17
Korttidsplasser	18
Sykehjemsplasser.....	20
Endringsforslag	21
Søknadskontoret.....	21
Sykehjemstilbud.....	21
Korttidstilbud	22
Hjemmetjenesten	22
Vedlegg	23
Funksjonsvariable IPLOS	23
Aktiviteter	23

Bakgrunn

Effektmål

Bydel Ullern har økonomiske utfordringer i pleie- og omsorgssektoren. I denne forbindelse ble konsulentfirmaet Skagerak Consulting¹ engasjert for å se på muligheter for forbedring i Søknadskontorets praksis:

”Bydelen har flere år hatt omfattende økonomisk merforbruk i tilknytning til tjenester for eldre og funksjonshemmede ... Merforbruket knyttes opp mot vedtak fattet av søknadskontoret og omfatter tilnærmet alle former for tjenester til eldre og funksjonshemmede. Med bakgrunn i dette ser man behovet for en gjennomgang av søknadskontorets arbeidsformer, rutiner og vedtakspraksis.”

Effektmål av arbeidet:

”Bydelens forbruk innen pleie- og omsorgstjenester er i samsvar med bydelens vedtatte budsjett på området.”

Viktigste anbefalinger

Bydel Ullern kan gjennomføre vesentlige bedringer i tilpasning av vedtak og drift i tråd med bydelens økonomiske rammer:

På kort sikt og innenfor dagens organisering og tilbud:

Søknadskontoret kan redusere betydelig på lavterskeltilbudet til hjemmeboende, da dette omfatter ca 142 eller 22 % av brukerne i hjemmetjenesten (ihht Søknadskontorets IPLOS kartlegginger). Dette tilbudet kan reduseres ned mot 3 % av alle brukere (ca 20-30) i tråd med praksis vi ser i andre kommuner, eks Drammen kommune.

Bydelen kan videre redusere liggetid på somatisk rehabiliteringsopphold (korttidsopphold) til god praksis på inntil 7 døgn (ref erfaringer fra Akershus Universitetssykehus og Haukeland Universitetssykehus - og samarbeidende kommuner og bydeler - for spesialiserte korttidsenheter). Bydelen kan enten øke tilbudet slik at flere brukere får rehabiliteringsopphold etter sykehusbehandling, fall i hjemmet eller andre situasjoner som er krevende for brukerne. Alternativt kan bydelen redusere antall korttidsplasser uten reduksjon av antall brukere som får tilbud på korttidsopphold (flere brukere gjennom på færre plasser grunnet kortere oppholdstid). Vi anbefaler den første av disse løsningene (oppretholde og styrke tilbudet) forutsatt at hjemmetjenesten styrkes og antall brukere med tilbud i sykehjem reduseres, se tiltak under.

På kort sikt og med marginal endring i dagens organisering og tilbud:

Styrke bydelens innsatsteam slik at det er bemannet dag og aften hele uken. Da kan flere av brukerne som ordinært får tilbud om sykehjemsplass få tilbud i hjemmet. Dette utgjør fra 10-20 brukere/år, som i dag har langtids sykehjemsopphold.

En reduksjon antall sykehjemsbrukere vil frigjøre langtidsplasser, slik at brukere som i dag har tilbud på skjermet nivå² kan få tilbud i det ordinære langtidstilbudet.

¹ Konsulentene fra Skagerak Consulting AS har i løpet av prosjektperioden startet i det internasjonale konsultentselskapet ManTec og for å bygge opp selskapets norske helsevirksomhet.

På noe lengre sikt:

Utvikle et tilbud med bemannet botilbud i regi av hjemmetjenesten. Dette tilbudet vil være et alternativ til sykehjemstilbud for ca 40 av dagens 266 sykehjemsbrukere (i tillegg til brukerne nevnt i punktet over). Tilbudet er spesielt rettet mot dement omsorg og tilsvarende tilbud er godt utviklet i andre bydeler i Oslo og i kommuner som Sandefjord og Drammen. Tilsvarende, som nevnt over, vil en del brukere kunne flyttes fra skjermet nivå til vanlig langtidsplass, se note 2 nederst på siden.

Vedtakspraksis og styringssystem:

Samtlige tiltak beskrevet over forutsetter en endring i vedtakspraksis med færre vedtak på lavterskelnivå. Vi anbefaler en tydelig dreining i tråd med Helsetilsynets IPLOS veileder om at nivå 3 må være innslagspunkt for vedtak per funksjonsvariabel på personlig bistand og at det må være en varig endring i tilstand til nivå 3 for flere funksjonsvariable, eks over 3 måneders varighet.

Videre må praksis for tildeling av sykehjemsplass endres ved at flere trinn i bydelens omsorgstrapp anvendes. Her må det også utvikles nye trinn for å dekke brukere som har behov for lavterskel demens tilbud.

Bydelen bør utvikle et styrings- og oppfølgingssystem over sammenheng mellom vedtak, IPLOS kartlegginger og kommunale utførers kostnader knyttet til vedtaket og utgifter. Vi anbefaler at det knyttes en kontroller funksjon til dette arbeidet og at funksjonens faglige forankring er i Søknadskontoret. Organisatorisk kan funksjonen legges i andre enheter.

Søknadskontoret bør anvende vedtaksmalene som er tatt med i denne rapporten for å sikre mest mulig lik praksis basert på kartlegging av brukernes funksjonsvariable, spesielt ADL nivå (dagliglivets ferdigheter, men også de andre IPLOS variablene). Dagens praksis – som i stor grad bygger på individuelt skjønn - viser stor variasjon innenfor samme IPLOS nivå (brukerbehov). I tråd med erfaringer fra sykehus kan vi si at individuelt skjønn bør anvendes innefor rammene av standardiserte prosedyrer for å sikre likest mulig tilbud til brukerne i bydelen. En innføring av vedtaksmaler vil kunne redusere variasjon mellom brukere som har likt behov for kommunal bistand og sikre riktigere ressursbruk. (På sykehusnivå ser vi dette i det omfattende arbeidet som er lagt i utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingsopplegg – såkalte behandlingslinjer). Dette er altså både et kvalitativt tiltak og samtidig et tiltak som bidrar til mer effektiv ressursbruk.

Videre anbefaler vi et system med hyppige revurderinger av vedtak for å sikre at endringer i brukers tilstand reflekteres i vedtak på en presis og rask måte.

Arbeidsmodell

Konsulentfirmaet har gjennomgått arbeidsmetode bak vedtak i bydel Ullern. I tillegg har bydelen kartlagt IPLOS- og aktivitetsregistrering av brukerne. Denne kartleggingen er analysert videre i tråd med tilsvarende kartlegginger i en rekke andre kommuner som ansvarlig konsulent har arbeidet i. Basert på funn fra disse kartleggingene og arbeidsmetodikk kommer vi fram til tiltak for å bedre den økonomiske balansen i Bydel Ullern.

² I dag får en del brukere tilbud på skjermet nivå grunnet mangel på langtidsplasser. Tilstanden til brukerne tilsier ikke ordinært et skjermingsbehov. Dette er en vurdering ihht. Søknadskontoret. Den høye dekningsgraden av skjermingsplasser i bydelen tilsier at denne vurderingen er korrekt.

Analysen og kartleggingen er gjennomgått med Søknadskontoret, Bydelsledelsen og ledere i hjemmetjeneste.

Praksis ved søknadskontoret

Utredningen av Søknadskontoret og vedtakspraksis er gjennomført med hjelp av flere virkemidler; samtaler, workshop, gjennomgang av vedtak og deltakelse i vedtaksmøte, samt analyse basert på Oslostatistikk og gjennomgang av hjemmetjenesten.

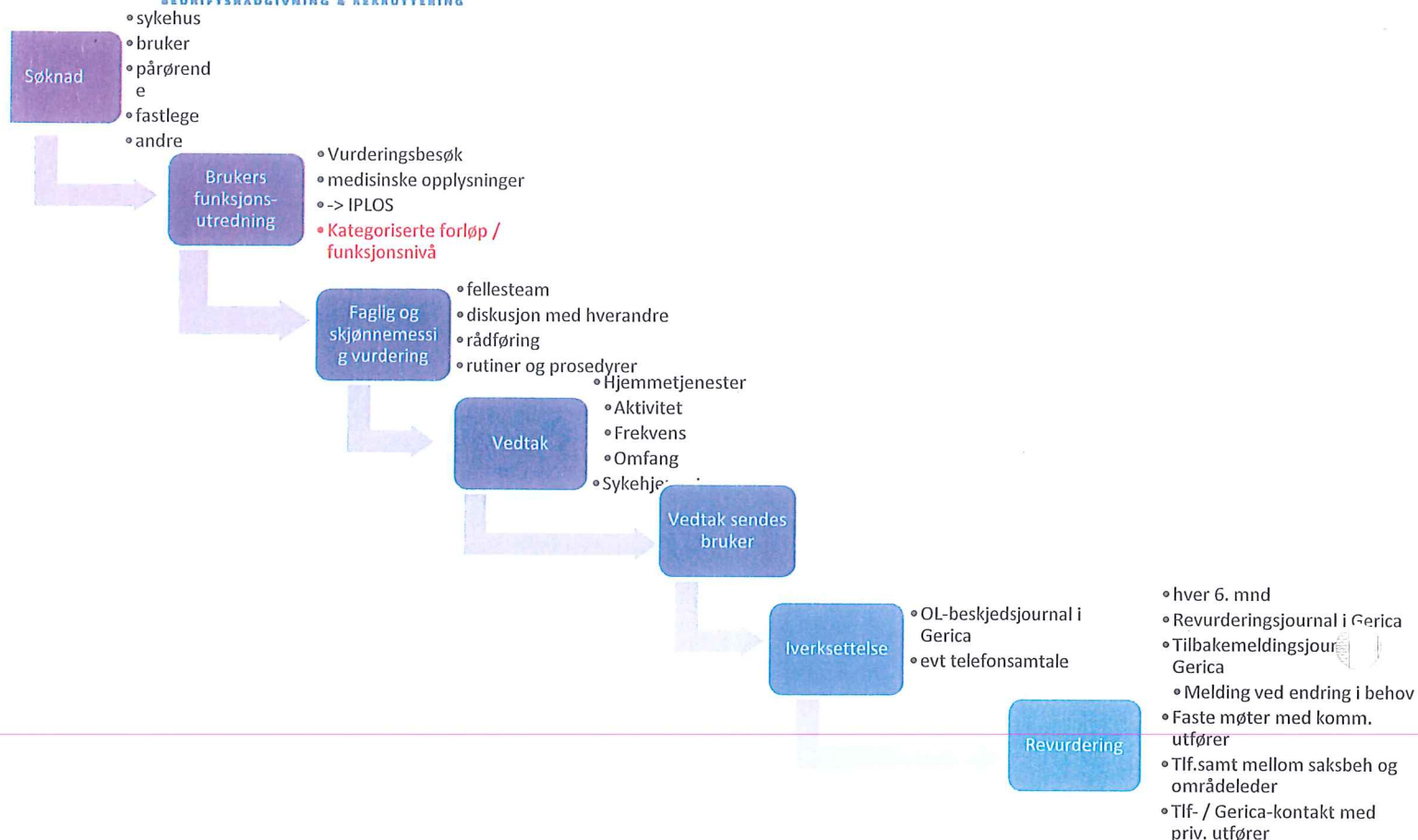
Samtale og intervju ble gjort med enhetsleder om fordeling av saker mellom saksbehandlerne, saksforløpet, rutiner og praksis for saksbehandling av søknader om tiltak, oppfølging av utfører. Vi hadde i etterkant en workshop med enhetsleder, systemkoordinator og med alle saksbehandlerne ved Søknadskontoret tilstede. Søknadsforløpet ble tegnet opp, gått igjennom og kvalitetssikret i fellesmøtet.

Den faglige og skjønnsmessige vurderingen i vedtaksinnstillingen baseres i det vesentlige på den enkelte brukers ADL (funksjonsnivå), i tillegg til dette er det en rekke andre faktorer som kartlegges blant annet kognitive ferdigheter (demens, psykiatri, PU).

73 vedtak for 55 tilfeldig valgte brukere er gjennomgått, hvorav 12 langtidsplasser, 28 hjemmesykepleie og 30 praktisk bistand, saksbehandlerne ble fordelt med 19, 16, 11, 14 og 13 vedtak.

Vår vurdering er at saksbehandlingspraksis ved Søknadskontoret bydel Ullern er i samsvar med tilsvarende bestillerenheter i andre kommuner:

- Søknadsforløpet, slik vi ser det, er i tråd med normal praksis fra andre kommuner vi kjenner til
- Organisering, ledelse og arbeidsprosesser er i tråd med normal og god praksis fra andre kommuner



Når det er sagt, er det sentrale spørsmål allikevel: Er dette tilstrekkelig for å styre en bydel i Oslo kommune med de rammebetingelser man har å jobbe etter? Vår vurdering er et entydig nei. Modellen har vist seg å være utilstrekkelig for å styre vedtak, altså ressursbruk i tråd med rammer. Dette skal vi komme nærmere inn på underveis i rapporten.

Foreløpige forslag til forbedringer:

- Kontroll og oppfølging av vedtak må skjerpes og revurderinger må gjøres hyppig
- Vedtaksmaler vil kunne sikre enhetlig praksis og kan dekke en stor del av søknadene

IPLOS kartlegginger

I gjennomgangen av IPLOS kartleggingene har vi fått et til dels ganske stort avvik mellom Søknadskontorets IPLOS kartlegginger og de kartlegginger som er gjort i hjemmetjenesten:

Antall brukere sammenlignet = 459		%
Gjsnt. ADL	1,75	
Gjsnt. IPLOS vedtak	1,80	100,00
Gjsnt. IPLOS ny kartlegging	1,59	88,32

Tabellen over viser avviket fra kartlegginger til vedtak fra Søknadskontoret. Avviket er på 12 % målt på snitt IPLOS-skår, og omfatter 459 brukere. Avviket fra totalt antall brukere er i all hovedsak brukere av private hjemmetjenester.

I rapporten har vi håndtert dette på flere måter:

- I delrapporten med analyse gjennomgår vi både kartleggingen og IPLOS-tallene fra vedtakene fra Søknadskontoret.

- I anbefalingene bygger vi på tallene fra Søknadskontoret.
- Sammenliknet med dekningsgrader fra andre kommuner og bydeler i Oslo tilsier at Søknadskontoret har en praksis på IPLOS-kartlegging som mest sannsynlig er den riktigste.
- I anbefalingene legger vi vekt på tiltak for å øke kompetanse på IPLOS-registreringer og å anvende disse til bedre styring av virksomheten.

Sammenlikning vedtak fra Søknadskontoret og kartlegginger:

VEDTAK			KARTLEGGING		
IPLOS	Ant brukere	%-fordeling	IPLOS	Ant brukere	%-fordeling
1-1,3	142	22 %	1-1,3	203	44 %
1,4-2,0	328	51 %	1,4-2,0	176	38 %
2,1-3,0	149	23 %	2,1-3,0	72	16 %
3,1-3,5	16	2 %	3,1-3,5	5	1 %
3,6-4,0	8	1 %	3,6-4,0	4	1 %
4,1-4,5	2	0 %	4,1-4,5	1	0 %
4,6-5,0	1	0 %	4,6-5,0	0	0 %
TOT	646	100 %	TOT	461	100 %

Forskjellen på kartleggingene er:

- Søknadskontorets tall baserer seg på alle brukere av hjemmetjenesten, mens kartleggingen omfatter kommunale brukere og private brukere med hjemmesykepleie.
- Snitt er noe lavere i kartlegging – forskjellen ligger i hovedsak på hvordan brukerne kartlegges på kognitive funksjonsvariable – ikke på ADL nivå.
- Likheten er allikevel det dominerende: Andelen av brukere over/under 2 er ganske lik i de to kartleggingene.

Forslag til tiltak

Beslutningsfora

Det er i dag etablert fora for gjennomgang av komplekse saker mellom bydelens ledelse, Søknadskontor og hjemmetjeneste. I tillegg til dette – eller i dette forumet - bør Bydel Ullern vurdere å ha faste møter mellom bydelsledelsen, Søknadskontor, hjemmetjenesten og innsatsteam for å sikre at viktige, overordnede spørsmål blir behandlet helhetlig. Dette vil også være et riktig forum å anvende til å se sammenhengen mellom vedtak, økonomisk ramme og muligheter i omsorgstrappa i Bydel Ullern.

En eventuell kontrollerfunksjon bør delta i et slikt forum.

IPLOS-kartlegginger

IPLOS er et utmerket verktøy for å kartlegge brukerbehov og ressursstyring:

"IPLOS er utvikla for at helsestyresmaktene nasjonalt, regionalt og lokalt

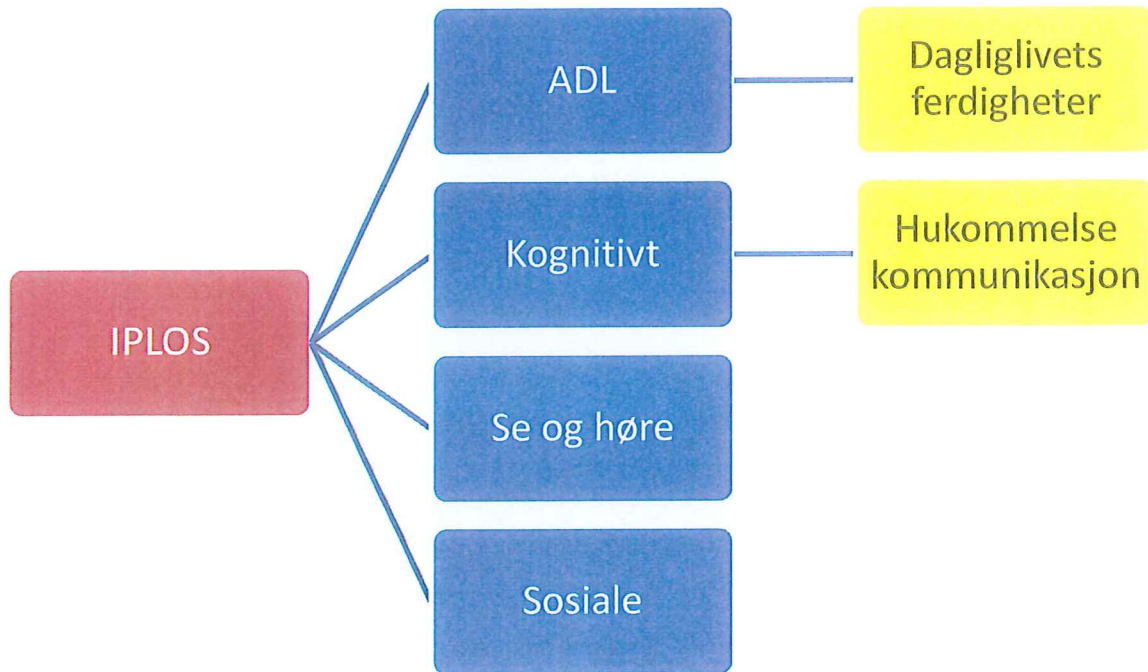
- kan utvikle tenestene på grunnlag av kunnskap om dei behova søkjarar/tenestemottakarar har for hjelp
- skal kunne følge med på utviklinga innanfor helse- og sosialsektoren"

(Fra IPLOS veileder – Helsedirektoratet).

Når det gjelder skalaen sier direktoratets IPLOS veileder følgende:

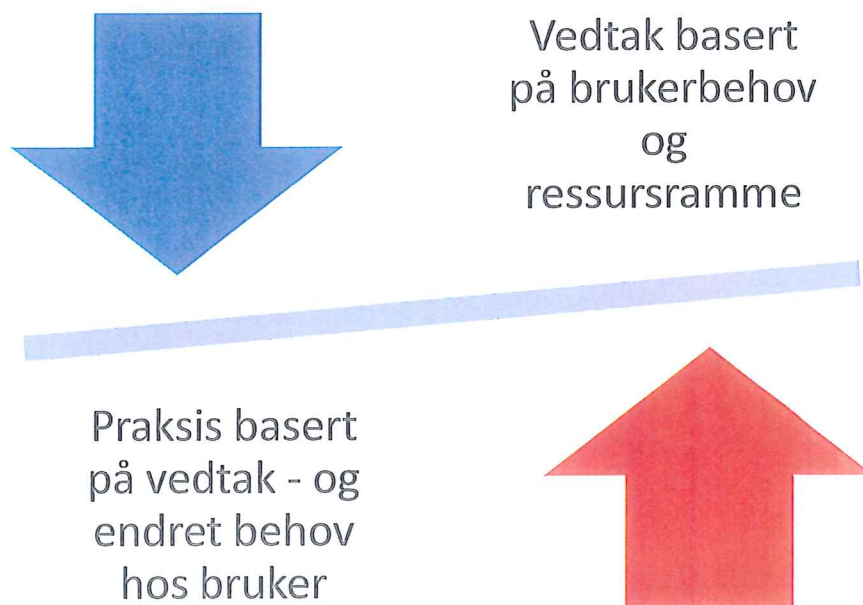
- "1. UTGJER INGEN PROBLEM/INGA UTFORDRING. Søkjaren/tenestemottakaren har ingen problem med å utføre/meistre aktiviteten.
2. IKKJE BEHOV FOR HJELP/ASSISTANSE.(hjelpemiddel), men har utfordringar eller endra standard. Endra standard vil seie korleis enkeltindividet utfører/greier aktiviteten i høve til tidlegare.
3. MIDDELS BEHOV FOR HJELP/ASSISTANSE. Treng personleg hjelp til andre delar av aktiviteten. Tenesteytaren kan eventuelt gå til og frå.
4. STORE BEHOV FOR HJELP/ASSISTANSE: til stades heile tida. Tenesteytaren er til stades for assistanse/tilrettelegging/retteleiing.
5. FULLT HJELPE-/ASSISTANSEBEHOV. Har behov for personleg hjelp til alle aktivitetane".

IPLOS registreringene består av en rekke funksjonsvariable, som kan deles inn på følgende måte:



Figur 1: Oversikt over grupper av funksjonsvariable i IPLOS kartleggingen: Når vi sier IPLOS menes alle funksjonsvariable, mens ADL variablene er en del mengde av alle funksjonsvariablene osv.

IPLOS-veilederen sier at det skal rettes inn personlige tiltak fra nivå 3 og over for den enkelte funksjonsvariabel. Ordinært vil det være flere funksjonsvariabler med snitt over 3 før det fattes vedtak om bistand og det vil være krav om en viss varighet i behovsendringene (eks over 3 måneder). På basis av veilederen og styringsmetodikken vi beskriver kan IPLOS registreringene både anvendes som et grunnlag for vedtak, et system for styring av ressurser til hjemmetjenesten, og et oppfølgingssystem for å sikre sammenheng mellom ressursramme og forbruk av ressurser i hjemmetjenesten.



Figur 2: Dagens styringsmodell i Bydel Ullern gir mangelfull balanse mellom vedtak og utførelse av vedtak.

Det som blir utfordringen med brukervalgsmodellen i Bydel Ullern er, på den ene side, å balansere sum vedtak mot økonomisk ramme innenfor lovpålagte rammer. På den andre siden skal dette også balansere opp mot praksis (står vedtak og utførelse i balanse med hverandre for kommunale tjenester), og at det utvikles systemer for korreksjon av vedtaksnivå ved endret behov hos brukerne. I modellen er dette tegnet som et avvik både på vedtakssiden og utførersiden. Dette betyr i klartekst at dagens styringsmodell i Bydel Ullern innebærer at systemet er i ubalanse.

Vårt forslag er å anvende IPLOS-kartlegginger både som et kartleggings- og styringsverktøy. For at dette skal bli hensiktsmessig må IPLOS-kompetansen være lik på Søknadskontor og hjemmetjenesten. Kartleggingene viser at det er et avvik i oppfatningen mellom kartlegging og Søknadskontorets praksis. Vi kan ikke ta stilling til hva som er rett, men hvis vi legger Søknadskontorets tall til grunn får vi et gjennomsnittlig nivå på vedtak og tjenester i Bydel Ullern. Hvis vi legger kartleggingen til grunn, så får vi et vesentlig avvik. Ser vi på tilbud mot andel av befolkning som får tilbud indikerer dette at Søknadskontorets vedtak bygger på vanlig praksis, og at det er gjort systematiske feil i kartleggingsarbeidet. Det vesentlige i denne sammenheng er at det må skapes en enhetlig praksis som er lik både på Søknadskontor og hjemmetjenesten. Rett nivå kan man relativt enkelt kontrollere mot IPLOS veileder.

Vi anbefaler derfor at man på kort sikt gjennomfører tiltak der Søknadskontor og hjemmetjenesten gjennomgår kognitive kartlegginger for alle brukere der avviket mellom kartleggingene i dette arbeidet og vedtak er større enn snittet. En slik avvikslogg er levert som en del leveranse av dette arbeidet.

Dette arbeidet må munne ut i en felles oppfatning av bruken av ADL, kognitive funksjonsvariabler og hele IPLOS-systemet. Sett fra vårt ståsted er dette en absolutt forutsetning for å lykkes med å utvikle et felles styringssystem.

Men dette forslaget er ikke tilstrekkelig for å sikre balanse i styringsmodellen, til det må det både utvikles tilsvarende styringsmodell for private ytere av hjemmetjeneste, og det må utvikles et system som sikrer at Søknadskontoret fanger opp endringer i brukers behov. Vårt forslag er at det utvikles en kontrollerfunksjon som har sitt faglige knutepunkt i Søknadskontoret (organisatorisk kan den knyttes til andre enheter om ønskelig) og som gjennomgår brukerbehov og praktiseringen av vedtak i hjemmetjenesten. Disse utfordringene kan summeres opp slik:

Område	Tiltak	Ansvarlig
IPLOS-kartlegging	Alle har lik oppfatning av funksjonsvariabler, spesielt ADL, dernest kognitive variabler	Søknadskontoret
Styringssystem	Anvende IPLOS-tall – spesielt ADL, deretter kognitive variabler – som grunnlag for vedtaksmaler og oppfølgingssystem	Søknadskontoret
Praksis	Kontrollere kostnader mot vedtak for kommunal hjemmetjeneste	Hjemmetjenesten
Endringer i behov	Melde fra endringer i behov slik at vedtak revideres	Hjemmetjenesten
Kontroll – endringer i behov	Revurdere vedtak og revurdere IPLOS-kartlegginger	Søknadskontoret

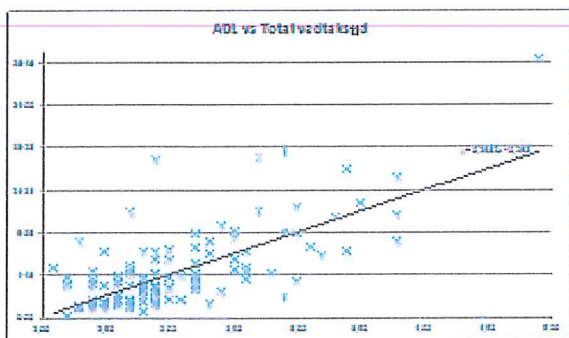
Vedtaksmaler

Vi anbefaler at det utvikles vedtaksmaler for å få et felles bindeledd mellom hjemmetjenesten og Søknadskontoret. Men den viktigste grunnen til at vi anbefaler dette er av kvalitativ art:

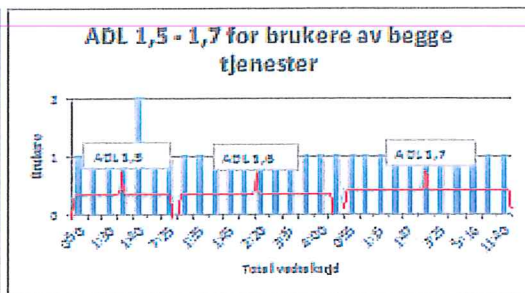
Dagens praksis – som i stor grad bygger på individuelt skjønn – viser stor variasjon innenfor samme IPLOS nivå (brukerbehov). I tråd med erfaringer fra sykehus kan vi si at individuelt skjønn bør anvendes innefor rammene av standardiserte prosedyrer for å sikre likest mulig tilbud til brukerne i bydelen. En innføring av vedtaksmaler vil kunne redusere variasjon mellom brukere som har likt behov for kommunal bistand og sikre riktigere ressursbruk. (På sykehusnivå ser vi dette i det omfattende arbeidet som er lagt i utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingsopplegg – såkalte behandlingslinjer). Dette er altså både et kvalitativt tiltak og tiltaket bidrar til mer effektiv ressursbruk.

Eksempler på slik variasjon ser vi i delrapporten med analyse av praksis:

Sammenheng ADL – tid i vedtak – praktisk og personlig bistand



105 brukere av 159; ADL $\leq 2,0$, tilsvarer 66 %, Dvs. relativt sett mye hjemmesykepleietil brukere med begrenset behov for bistand.



Diagrammet viser for stor variasjon i vedtakstid gitt ift ADL – vedtakspraksis må justeres nærmere regresjonslinjen

Analysen over er vist fordi kartleggingen som er utført. Søknadskontorets IPLOS kartlegginger viser minst variasjon i forhold til kartleggingen for denne gruppen. Figuren til venstre viser sammenhengen mellom brukernes ADL ferdigheter og vedtakstid, mens figuren til høyre viser dette mer detaljert for tre typiske ADL nivåer, fra 1,5-1,7. Det er vår vurdering at Søknadskontorets praksis vil bli mer samlet innenfor samme ADL nivå ved bruk av vedtaksmaler. Vi vil presisere at vedtaksmaler sier noe om et gjennomsnittlig nivå, dvs. at det for den enkelte bruker skal anvendes normalt skjønn. Vårt poeng er at spredningen er for stor i bydel Ullerns praksis innenfor de samme ADL og IPLOS nivåene.

Vedtaksmalene omfatter:

- En verbal beskrivelse av brukere og brukerbehov
- Tiltak eller typiske rammer for vedtak
- IPLOS-nivå på brukere
- Tiltak i omsorgstrappa

Brukergrupper i hjemmetjenesten

Ordinær

- Alle brukere som ikke kommer inn under de andre kategoriene

Dement

- Har diagnosen senil dement
- Ikke husker å spise
- Ikke husker å ha vært på WC
- Ikke klarer å betjene trykghetsalarm
- Ikke har forståelse for nødvendig personlig hygiene
- Vandrer

For å komme inn under denne kategorien må man enten ha diagnosen senil dement, eller oppfylle minst to av de andre kriteriene.

Bevegelseshemmet

- Må ha en diagnose som tilsier stor bevegelseshemning (f.eks. slag med lammelse på hele den ene siden, MS, Polio m.m.)
- Må benytte rullestol for å kunne bevege seg på egen hånd

Ett av kriteriene må være oppfylt

Rusmiddelproblemer/ Psykiatri

- Er deltager på medikamentassistert rehabilitering
- Psykiatridiagnose, eller innlagt på psykiatrisk institusjon tidligere
- Har psykiatrisk tilbud

Ett av kriteriene må være oppfylt

Terminalpleie

- Avsluttet aktiv behandling (smertebehandling kan fortsatt pågå)

Psykisk utviklingshemmede i hjemmetjenesten

- PU-diagnose
- Har bodd på PU-bolig tidligere

Ett av punktene må være oppfylt

Behovsprofiler

Behovsgrupper	Antall	Prosent
Selvhjulpen	29	1,3 %
Delvis selvhjulpen	1090	50,6 %
Delvis hjelpetrengende	484	22,5 %
Meget hjelpetrengende	404	18,7 %
Totalt hjelpetrengende	148	6,9 %
I alt	2155	100,0 %

Eksemplet over er fra Drammen kommune, ref gjennomgang av kommunens pleie- og omsorgstjenester data fra kommunal nettside under endringsarbeid i kommunen. Tilsvarende kartlegging kan gjøres for brukerne i Ullern bydel, der vi kan definere brukerne ut fra følgende grupper (snitt IPLOS-tall i parentes):

Behovsgrupper	Antall	Prosent
Selvhjulpen 1,0 - 1,3	142	16 %
Delvis selvhjulpen 1,4 - 3,0	532	58 %
Delvis hjelpetrengende 3,1 - 4,0	153	17 %
Meget hjelpetrengende 4,1 - 4,5	55	6 %
Totalt hjelpetrengende 4,6 - 5,0	30	3 %
I alt	912	100 %

Merk at denne tabellen omfatter *alle* brukere; dvs. både av hjemmetjenester og sykehjemsplasser. I andre sammenhenger har vi kun tatt brukere i hjemmetjenesten for å vise andel selvhjulpne som del av totalt antall brukere som får bistand i hjemmetjenesten.

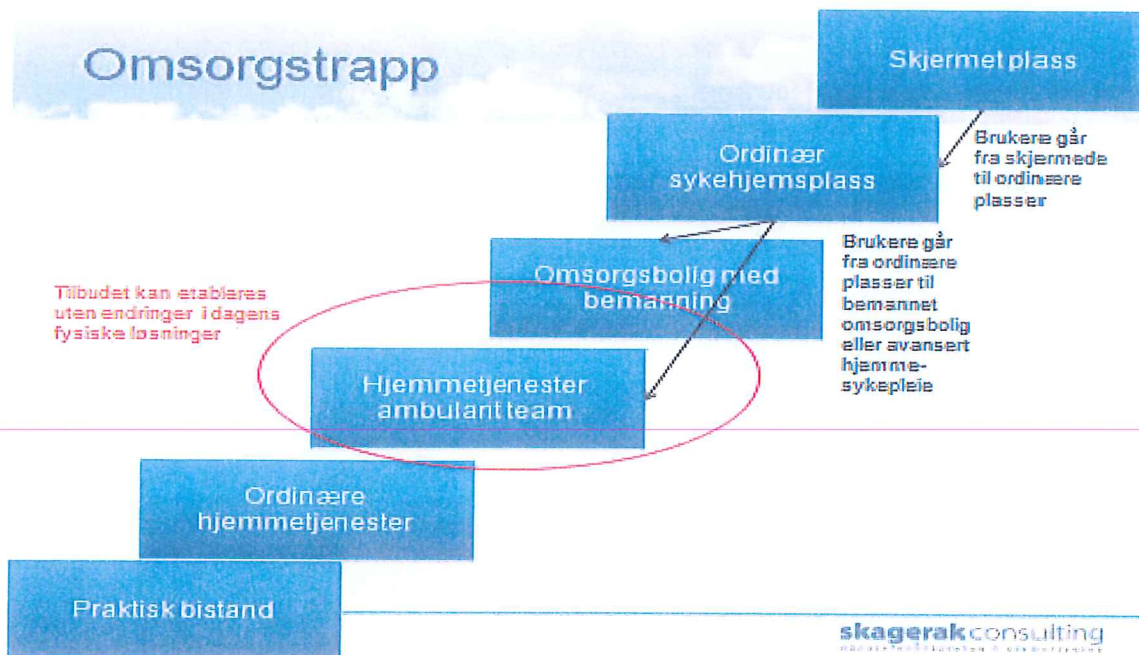
Hvis vi fordeler brukerne i grupper – med praksis i Drammen som utgangspunkt får vi 18 forskjellige tilbud fordelt på 4 hovedgrupper av tilbud:

- Sykehjem og korttidsplasser
- Omsorgsleilighet med bemanning
- Omsorgsleilighet med tilbud fra hjemmetjenesten
- Hjemmetjeneste – tjenester i hjemmet

	Ant	Drammen		Ullern		
Sykehjem, skjermet enhet	93	4,3		73	7,5	
Sykehjem langtidsplass	283	13,0	21,4	193	19,8	29,8
Sykehjem korttidsplass	89	4,1		24	2,5	
Omsorgsleilighet med hjemmesykepleie, hjemmehjelp og dagplass, heldøgns bemanning	42	1,9			0,0	
Omsorgsleilighet med hjemmesykepleie og dagplass,	13	0,6	2,9		0,0	0,0
Omsorgsleilighet med hjemmehjelp og dagplass, heldøgn	5	0,2			0,0	
Omsorgsleilighet med dagplass, heldøgn	4	0,2			0,0	
Omsorgsleilighet med hjemmesykepleie og hjemmehjelp	73	3,4		48	4,9	
Omsorgsleilighet med hjemmesykepleie	29	1,3	7,6		0,0	6,0
Omsorgsleilighet med hjemmehjelp	64	2,9			0,0	
Kun omsorgsleilighet		0,0		10	1,0	
Hjemme med hjemmesykepleie, hjemmehjelp og dagplass	98	4,5		50	5,1	
Hjemme med hjemmesykepleie og dagplass	27	1,2		10	1,0	
Hjemme med hjemmesykepleie og hjemmehjelp	411	18,9		159	16,3	
Hjemme med hjemmesykepleie	282	13,0		112	11,5	
Hjemme med hjemmehjelp og dagplass	30	1,4	67,8	10	1,0	64,2
Hjemme med dagplass	19	0,9			0,0	
Hjemme med hjemmehjelp	608	28,0		284	29,2	
Hjemme med kun trygghetsalarm, vaktmestertjeneste etc. NB ingen PRO-tjenester i tillegg.		0,0			0,0	
Ukjent	4	0,0				
Sum	2 174	100	100	973	100	100
Befolkning tot	56 627			30 250		
Relativt befolkning totalt	3,8			3,2		
Befolkning 80+	2 820			1 666		
Relativt av 80 +	77,1			58,4		

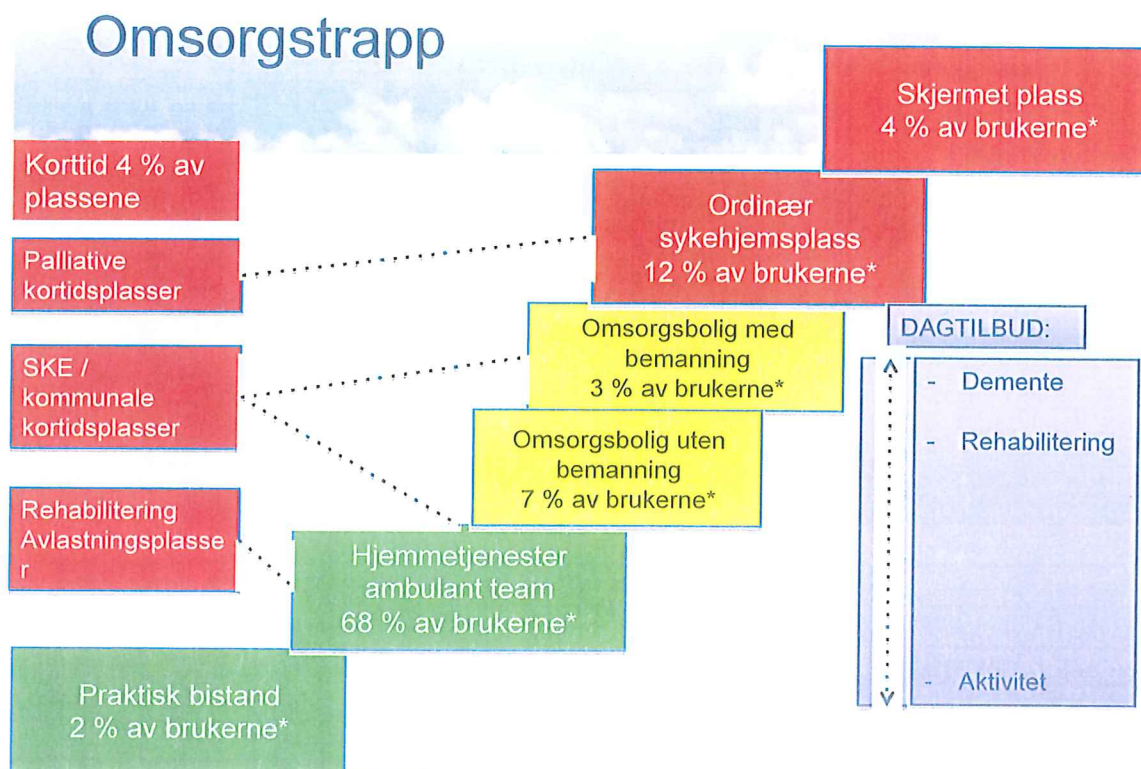
Hvis vi ser i forhold til befolkning har Drammen en dekningsgrad på 3,8 % mot 3,2 % i Ullern. Målt mot befolkning 80+ har Drammen 77,1 % dekningsgrad mot Ullerns 58,4 %.

Samtidig viser sammenlikningen en del muligheter som kort kan oppsummeres slik:



Figur 3: Forslag til endringer i tilbudet i Bydel Ullern: fra institusjon til tilbud i hjemmet

Vi vil derfor anbefale at det utvikles en omsorgstrapp med følgende nivå og tilbud:



* Anslått andel av brukere i pleie- og omsorg

05.2011

Figur 4: Forslag til mer differensiert omsorgstrapp i Bydel Ullern

Nærmere om forslag til vedtaksrammer eller vedtaksmaler:

Selvhjelpen: IPLOS snitt 1-1,3. Praktisk bistand – lavterskeltilbud Kun unntaksvise vedtak. 2 % av brukerne.	Bruker er i hovedsak selvhjelpen, men behøver et lavterskeltilbud. Kun praktisk bistand. Kan utføre personlig hygiene m/minimalt tilsyn. Trenger hjelp på enkelte steder (eks rygg). Kan reise seg selv uten hjelp. Behøver tilsyn eller omsorg for å kunne klare seg selv. Kan ha behov for opplæring, undervisning, vask, renhold. Minimalt observasjonsbehov. Funksjonsnivå: Daglig hygiene: klarer selv personlig hygiene Stillingsendring, mobilisering: oppegående ernæring: spiser selv eliminasjon (kontinent). Brukeren får ikke medisin – eller tar denne selv. Fungerer selvstendig: tar initiativ.	Ressursbehov typisk eks: 2 t hver 2. uke. Tilstanden må være av en varighet > 3 mnd. Tilbud kan kombineres med dagtilbud: Aktivitet og ernæring.
Ordinær – kombinerte tjenester Delvis selvhjelpen – delvis hjelpe-trengende IPLOS snitt fra 1,4-3,5. 68 % av brukerne med tilbud i hjemmet + 7 % av brukerne i omsorgsbolig uten fast bemanning.	Brukere som er delvis selvhjelpen får praktisk og personlig bistand – oftest av både hjemmesykepleie og tradisjonelt hjemmehjelp. Medikament bistand bør generelt ikke gis via hjemmesykepleien som et isolert tilbud, men som et av flere tilbud. Ernæring – delvis assistanse Kan spise selv, etter at maten er tilrettelagt. Kan ha behov for tilsyn og oppmuntring for å spise og drikke. Bad: delvis assistanse Kan delvis klare personlig hygiene, men behøver hjelp utover kategori "selvhjelpen". Behøver tilsyn og oppmuntring for å gjennomføre personlig hygiene. Kan være alene i perioder. Brukere som er delvis hjelpetrengende har behov for forsterket faglig innsats i en kortvarig periode, eks etter sykehusopphold, som alternativ til korttidsplass eller annet kortvarig sykehjemstilbud eller liknende. Bruker kan bo i egen bolig eller omsorgsbolig uten bemanning. Eksempel: palliativt tilbud, sondenæring, infusjoner og annen medikamentell bistand. Kompetanse: Tverrfaglig team; dekker forskjellige faglige kompetanser (rehabilitering/ heve funksjonsnivå, spesial sykepleie, fysioterapi, motivasjonsarbeid, miljøarbeider...) De skal støtte og lære opp den ordinære hjemmesykepleien. Tilbudet forutsetter at innsatsteam kan bistå på dag/aften alle dager også helg. Stillingsendring mobilisering, delvis ass.: Kan selv hjelpe til å vende seg i seng eller stol, men trenger hjelp for å flytte seg fra seng til stol el. omvendt. Trenger hjelp for å opprettholde balanse.	Typisk eksempel: 1-3 besøk av hjemmesykepleie, personlig bistand og praktisk bistand per uke. Tilbud kan kombineres med dagtilbud og korttidsplasser: Aktivitet, ernæring og rehabilitering. Typisk eksempel: 1-3 besøk per dag av hjemme-sykepleie, personlig bistand og praktisk bistand per uke. Tilbud kan kombineres med dagtilbud og korttidsplasser: Aktivitet, ernæring og rehabilitering. Eventuelt også dagtilbud for demente.

Delvis hjelpe-trengende Omsorgsbolig med fast bemanning 3 % av brukerne IPLOS snitt fra 1,5-4,0. Ofte lavt kognitivt funksjonsnivå.	Botilbud for demente eller andre grupper av brukere som ikke behøver sykehjemsplass. Lavterskel bemannet tilbud med lavere bemanningsnorm. Settes sammen med ordinær hjemmetjeneste; for eksempel praktisk bistand. Kompetanse er tilpasset brukergruppene. Rett fysisk utforming på tilbudet – spesielt demenstilbudet. Behøver tilsyn og bistand, men er for en stor del selvhjulpne. Kan ha behov for observasjon, opplæring eller undervisning. Kan ha behov for tilsyn pga svekket hukommelse, nedsatt formuleringsevne, sviktende stedsans Typisk bruker har gode ADL-funksjonalitet. Behøver jevnlig tilsyn. Kan ha behov for jevnlig observasjon, opplæring eller undervisning. behøver delvis assistanse til flere av følgende eller full hjelp til en av følgende funksjoner: • daglig hygiene • stillingsendring, mobilisering • ernæring • eliminasjon • medisiner Kan ha behov for pleie pga svekket hukommelse, nedsatt formuleringsevne, sviktende stedsans. Kan ha behov for utvidet pleie og behandling grunnet smerter. Tilbudet forutsetter at innsatsteam kan bistå på dag/aften alle dager også helg.	Fast bemanning, men med lavere bemanningsnorm enn sykehjem. Bemanningen forsterkes ofte av hjemmetjenesten som utfører en del av oppgavene ved enheten. Typiske bruker har jevnlig tilsyn av personalet. Tilbud kan kombineres med dagtilbud spesielt dagtilbud for demente. Men også generelle dagtilbud som aktivitet, ernæring og rehabilitering.
Periodisk hjelpe-trengende. 4 % av plassene	Kriterier for tildeling av korttids plass i Oslo kommune.	Korttids avlastning eller sykehjemsplass.
Hjelpe-trengende. IPLOS snitt >3,5. 12 % av plassene	Kriterier for tildeling av sykehjemsplass i Oslo kommune. Behøver døgnkontinuerlig tilsyn og aktiv oppmerksomhet av tilstrekkelig fagkyndig personell. Nødvendig medisinsk oppfølging og behandling. Faglig oppfølging og bistand for å opprettholde evne til å ivareta flest mulig av dagliglivets aktiviteter.	Langtids plass sykehjem.
Sterkt hjelpe-trengende 4 % av plassene	Kriterier for tildeling av sykehjemsplass i Oslo kommune. Demens forsterket med adferd eller psykiatri.	Skjermet plass

Eksempel på tilbudsløsninger i hjemmetjenesten bydel Ullern:

Figur 5: Forslag til sammensetning av tilbud for brukere i bydel Ullern

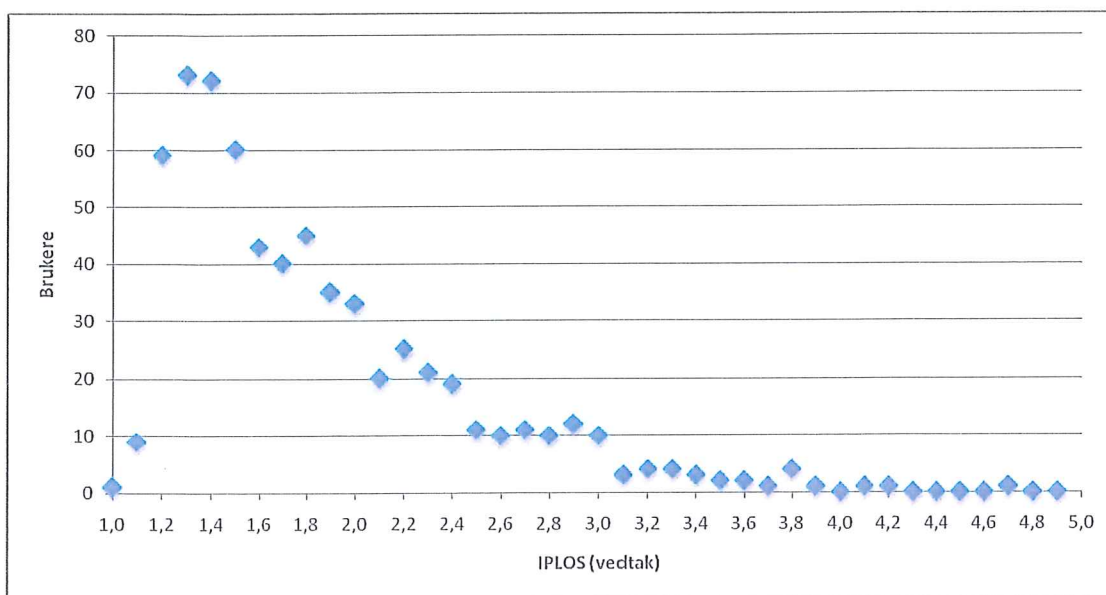
	Ikke tilbud	Dagsenter	Hjemmehjelp	Hjemmesykepleie	Innsatsteam	Fast bemanning
Hjemme						
Hjemme						
Hjemme						
Hjemme						
Hjemme						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						
Omsorgsbolig						

Hjemmetjenesten

Vi legger de høyeste tall til grunn (Søknadskontorets) og finner følgende sammenheng på IPLOS skår i bydel Ullern:

IPLOS	Antall brukere	Andel i grupper
1-1,5	274	42,41
1,5-2,0	196	30,34
2,0-3,0	149	23,07
>3,0	27	4,18
Sum	646	100

Detaljert:



Ser vi på gruppene som vi ihht vedtaksmalene kun bør ha tilbud til unntaksvis utgjør dette:

IPLOS snitt	Antall brukere	Kumulativt brukere antall og andel	
1,0	1	1	0,15
1,1	9	10	1,55
1,2	59	69	10,68
1,3	73	142	21,98
1,4	72	214	33,13
1,5	60	274	42,41

Gruppen som er selvhjulpen utgjør 22 % av alle hjemmetjenestebrukere. Gruppen med snitt under 1,6 utgjør 274 brukere eller 42 % av alle brukere. Tallene indikerer at svært mange av brukerne får lavterskeltilbud. Tabellen har både antall per kategori, kumulative tall og %-andeler.

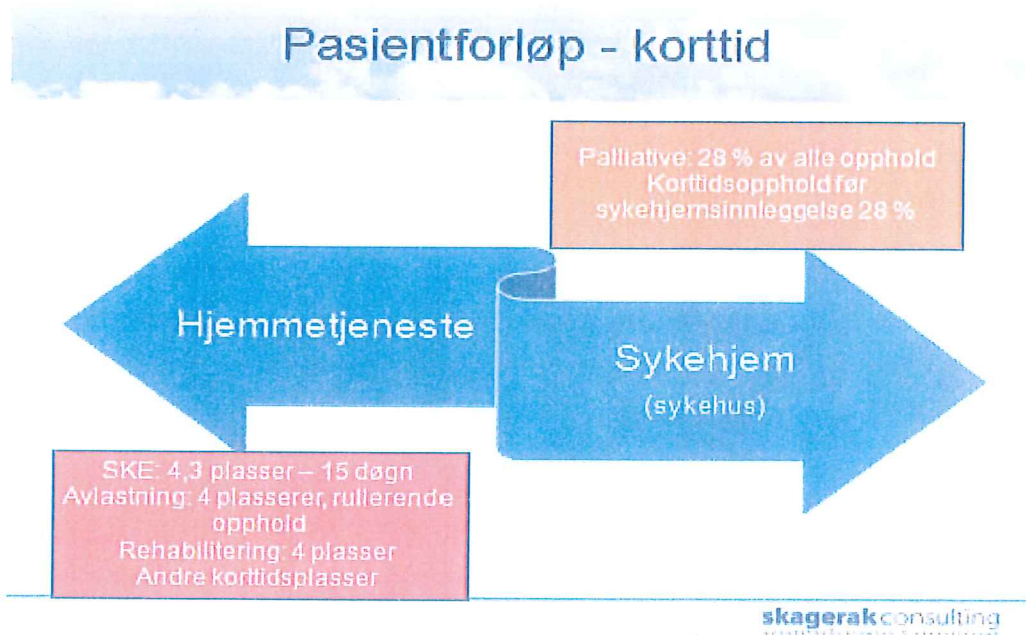
20 av brukerne er utelatt fra materialet da de ikke har IPLOS-skår.

Korttidsplasser

Dagens anvendelse av korttidstilbudet er dels som somatisk rehabilitering og/eller avlastning, dels som palliativt korttidstilbud og dels som start på et sykehjemstilbud. Snitt liggetid er lang for korttidstilbudet³, både pga anvendelse av korttidstilbud som alternativ til sykehjemstilbud og lang behandlingstid på somatisk korttidsopphold.

Vi anbefaler en tydeliggjøring av korttidstilbudet, enten som støtte til hjemmetjenesten (rehabilitering eller avlastning) eller som et særskilt korttidstilbud, eks palliative omsorgstilbud. Bruken av korttidsplasser som alternativ til sykehjemsplasser anbefaler vi avvikes, men dette forutsetter en faglig styrking av bydelens innsatsteam. Videre anbefaler vi at SKE/rehabiliteringstilbud vesentlig reduserer behandlingstiden for brukere. I dag gis det et omfattende tilbud til for få brukere og vi foreslår et bredere tilbud med høy kvalitet uten økte ressurser.

Figur 6: Korttidstilbud enten som styrking av hjemmetjenesten eller som palliative korttidsplasser



³ 13 døgn på SKE i snitt (trolig noe lengre for Ullern bydels brukere) og 29 døgn på kommunale korttidsplasser.

Forslag til endringer i korttidstilbudet:

- Korttidstilbud som avlastnings- eller rehabiliteringstilbud opp mot hjemmetjenesten. Eksempel rehabiliteringsplasser eller avlastningsplasser.
- Korttidstilbud som et tidsbegrenset tilbud, eksempel palliative plasser.
- Konkrete forslag til tiltak:
 - Definere et antall palliative plasser eks. 4 plasser (snitt 25 døgn).
 - Behovet må vurderes mer konkret. Kapasitet ca 55 brukere/år.
 - Ordinært skal det ikke anvende korttidsplasser før sykehjemsinnleggelse
 - Behov avlastningsplasser kartlegges – i dag 4 plasser – dette bør beholdes/styrkes.
 - Kapasitet bør være minst 200 brukere/år med inntil 7 døgn. Ordinært er avlastning kortere og kapasitet derfor større.
 - Rehabiliteringsplasser – dvs. korttidsplasser som styrkes brukers egenmestring – god praksis 6 døgns liggetid, maks 7 døgn, med åpne inklusjonskriterier⁴. 4-6 korttidsplasser gir da en samlet kapasitet på fra 200 – 300 brukere/år.
 - Behovet må vurderes mer konkret.
 - Styrke tilbud med dagtilbud, treningstilbud, ambulant tilbud for eksempel på fysio, ergo og vernepleie.

Vi har ikke tilstrekkelig informasjon til å beregne behovet for korttidsplasser. Det vi derimot kan slå fast er at rehabiliteringstilbudene har svært lang liggetid og hvis vi kun skal opprettholde – og ikke øke kapasitet – så kan antall plasser reduseres. **Dette er ikke en anbefaling**, vår anbefaling er å redusere liggetid og opprettholde kapasitet forutsatt at bydelen velger å øke kompetanse/tilbud i hjemmet.

Eksempel på god praksis på rehabiliteringstilbud:

- Fjell sjukeheim – samarbeidsprosjekt mellom Haukeland universitetssykehus og bydelene/kommunene i Øygarden
 - 6 plasser
 - Kort liggetid: Snitt 6 døgn, maks 7 døgn
 - Åpne inklusjonskriterier: Alle hjemhørende pasienter kan legges inn, likegyldig om det er frakturer, konservative behandlinger, proteser eller andre innleggingsårsaker. Eneste unntak: tung psykiatri/rus.
 - Pasienter som skal hjem: Hittil har ingen blitt lagt inn på sykehjem/eller korttidsplass på sykehjem etter oppholdet på Fjell.
 - Godt pasienttilbud: Fjell har god bemanning og høy kompetanse og moderne og fine pasientrom. I tillegg koster 1 døgn på Fjell < 50 % av et døgn på Haukeland
- Stensby sykehus – samarbeidsprosjekt Romerike kommuner og Akershus universitetssykehus
 - Fra hele opptaksområdet
 - Ingen aldersgrense
 - Behov for opphold i spesialisthelsetjenesten, snitt liggetid 6 døgn, maks 7 dager
 - Ortopediske; Smertelindring og mobilisering, protesekirurgi og hoftefrakturer

⁴ Åpne inklusjonskriterier menes at brukere med behov for rehabiliteringstilbud får i størst mulig grad dekket sitt behov uten andre eksklusjonskriterier enn rus og psykiatri. Merk at utgangspunktet for tilbud alltid er rehabiliteringspotensial.

- Kirurgiske; Cholecystitt, Diverticulitt, Abscesser, kolonopererte pasienter, kancerpasienter
- Medisinske; Hjertesvikt, bløtdelsinfeksjon, Pneumoni, KOLS 11 og 2, Erysipelas, Pyelonefritt, dehydrering og kancerpasienter
- Palliative pasienter

Målt i forhold til Spesialisert korttidsenhet ved Diakonhjemmet sykehus (med snitt 13 døgn) eller kommunale rehabplasser (snitt 29 døgn) er inklusjonskriteriene ved Fjell og Stensby bredere, målt både på diagnose- og funksjonsnivå for brukerne.

I tillegg er liggetiden kortere på Fjell og Stensby (fra ½ til 1/5 av liggetid ved hhv SKE og kommunale korttidsplasser), noe som gir tilbud til betydelig flere brukere.⁵ I klartekst innebærer dette at Fjell/Stensby gir tilbud til svært krevende pasienter med kortere behandlingstid og meget gode resultater. Dvs. et effektivt tilbud som gis til mange.

Både Fjell og Stensby kan også vise til vesentlig bedre resultater mht færre reinnleggelse på sykehusnivå og fra ingen til svært få innleggelse på sykehjem enn tilsvarende tilbud. Vi kan *ikke* tolke dette annerledes enn at man bør vurdere dagens rehabiliteringsfilosofi og korttidstilbud.

Sykehjemsplasser

Vi har ikke kartlagt tilbudet til sykehjemsbrukerne i denne gjennomgangen og bygger derfor på rapporter fra Søknadskontoret:

IPLOS	Antall brukere	%	Kumulativ %
1-1,5	0	0	
1,5-2,0	4	1,5	1,5
2,0-3,0	51	19,2	20,7
3,0-3,5	72	27,1	47,7
3,5-4,0	57	21,4	69,2
4,0-4,5	53	19,9	89,1
4,5-5,0	29	10,9	100
Totalt	266	100	

Ut fra rammene for vedtak og vedtaksmalene som er beskrevet over må søknadskontoret vurdere opptil halvparten av brukerne som i dag har fått sykehjemsplass (47,7 % av vedtakene). Men her er det viktig å understreke at endringer forutsetter styrking av hjemmetjenesten, innsatsteam som arbeider alle dager dag/aften vakt og et velfungerende korttidstilbud. Videre vil en gruppe av disse sykehjemsbrukerne ha behov for omsorgsbolig med bemanning – et demenstilbud.

Muligheten for å omgjøre vedtak er trolig begrenset, men denne metoden kan i hvert fall anvendes på alle nye vedtak.

⁵ Sammenlikningen med kommunale korttidsplasser kan være upresis, da tallene også omfatter en del som venter på sykehjemstilbud. Sammenlikningen med SKE er derimot helt relevant.

Endringsforslag

Søknadskontoret

- Tydelige rammer for vedtakene:
 - Gjennomgang av sammenheng vedtak – ressurser
 - "Aktive brukere" = ressurser
 - Ressurser tildeles i stor grad mot ADL-nivå
 - For demente brukere, PU og psykiatri: kognitive funksjonsvariable
 - Økt fokus i hjemmetjenesten – kortsiktige tiltak
 - Håndtere brukere med sammensatte behov og lavere ADL-nivå
 - Redusere tilbud til brukere med gode ADL-funksjoner: Både antall brukere og tilbudet til brukerne
 - Redusere spredningen i vedtakene – normalisere vedtak på et lavere nivå for brukere med gode ADL-funksjoner
 - Differensiere på brukere med lavere ADL-nivå
- Dette forutsetter
 - Riktig kompetanse i hjemmetjenesten
 - Rett bemanning på aften, natt og helg i hjemmetjenesten
 - Innsatsteam alle dager – dag og aften
 - Rehabiliteringskompetanse i hjemmetjenesten
 - Horisontale pasientforløp korttid - hjemmetjenesten
 - Godt samarbeid sykehus/bydel
- Styringsinformasjonssystem
 - System på brukere, brukerbehov og ressursbruk overfor brukere
 - Vedtak og ADL har konsistens i henhold til den enkelte brukers bistandsbehov
 - Rett ressursfordeling / grunnbemanning etter vedtak
 - Kontrollerfunksjon som påser at bistandsbehov, vedtakstid og ressursbruk henger sammen
 - IPLOS-skår settes riktig
- Maler
 - Innenfor ulike vedtaksnivå
 - Frekvens pr. uke korrelert med IPLOS
- Definere brukere i grupper innenfor Omsorgstrappen; mobilitets problemer
 - ADL og kognitivt nivå
 - Praksis for hvilke brukere som tilhører hvilket trinn
 - Differensiere hjemmetjenesten
 - Brukere plasseres ut i fra IPLOS-grupper

Sykehjemstilbud

- Endre sammensetning av tilbud:
 - Flere sykehjemsbrukere til hjemmetjenesten
 - Ordinært hjemmetjenestetilbud med rett aktivitetsnivå
 - Omsorgsbolig med bemanning
 - Innsatsteam 7 dager per uke dag/aften
 - Andre tilbud på lavere nivå

- Færre på sykehjem
- Færre på skjermet plass
- Søknadskontorets egne IPLOS-tall indikerer:
 - > 20 % av sykehjemsbrukere kan få tilbud på lavere nivå
 - Dette frigjør sykehjems plasser og skjermete plasser
 - En gruppe med høy ADL-skår kan få tilbud i hjemmetjenesten forutsatt riktig bemanning/kompetanse på døgnbasis

Korttidstilbud

Hvis bydelen velger å øke terskelen for tildeling av sykehjems plasser – i tråd med forslagene her – og styrke hjemmetjenesten, så anbefaler vi:

- Opprettholde eller styrke korttidstilbudet
- Effektivisere bruk av senge plasser – spesielt til medisinsk rehabilitering

Vi **anbefaler** denne løsningen.

Hvis bydelen derimot velger å opprettholde dagens tilbud anbefaler vi:

- Effektivisere bruken av senge plasser – spesielt til medisinsk rehabilitering
- Redusere antall korttidsplasser

På denne måten kan tilbudet til brukerne opprettholdes med reduserte kostnader og redusert antall senger. Dette vil kunne gi en innsparing på 10 korttidsplasser. Vi anbefaler **ikke** denne løsningen.

Hjemmetjenesten

Vi anbefaler:

- Redusert lavterskeltilbud: Enten vi anvender kartleggingen eller tallene fra Søknadskontoret viser disse at mange brukere får et til dels svært omfattende lavterskeltilbud:
 - Terskelen for inntak høynes til 1,3 som ordinær grense for tilbud
 - Mindre omfattende vedtak på lavterskel (< 1,6 i IPLOS-snitt)
 - Finne alternativ håndtering av medikamentutdeling (multidoser)
- Kompetansen i hjemmetjenesten styrkes:
 - Innsatsteam bemannet alle dager på dag og aftenvakter
 - Rehabiliteringstilbud knyttet til hjemmetjenesten og dagtilbud, eks fysio, ergo, vernepleie
- Korttidsplasser:
 - Korttids opphold med snitt 25 dager; for eksempel palliative plasser på lindrende enhet
 - Medisinsk rehabilitering for å opprettholde / reetablere funksjonsnivå ≤ 7 dager
 - Avlastningstilbud
- Omsorgsbolig:
 - Med basebemanning på døgnbasis
 - Demenstilbud

Vedlegg

Funksjonsvariable IPLOS

ADL

Spise	Bevege seg innendørs	På og avkledning	Lage mat	Toalett	Personlig hygiene	Skaffe seg varer og tjenester	Alminnelig husarbeid	Ivareta egen helse	Bevege seg utendørs
-------	----------------------	------------------	----------	---------	-------------------	-------------------------------	----------------------	--------------------	---------------------

Kognitive

Beslutninger i dagliglivet	Hukommelse	Kommunikasjon	Styre atferd
----------------------------	------------	---------------	--------------

Andre

Syn	Hørsel	Sosial deltagelse
-----	--------	-------------------

Begreper

Snitt ADL er snittet av de 10 første funksjonsvariable vist over, tilsvarende for kognitive, syn/hørsel og sosial deltagelse. IPLOS-snitt er snittet av alle funksjonsvariable.

Aktiviteter

Oppgaver (eks.) – en eller flere bistandsoppgaver per bruker:

1. Injeksjoner

- Injeksjoner som f.eks. B₁₂
- I.V behandling som f.eks. intravenøs antibiotika

2. Medisiner

- S.c injeksjoner som fragmin og insulin
- Blodsuktermålinger
- Øyedrypping
- Dagdoser med medikamenter
- Utdeling av ukesdosetter

3. Medikamenthåndtering

- Legge i dosett
- Hente medikamenter på apotek
- Bestille medikamenter
- Kontakt med lege/apotek om medikamenter

4. *Fag prosedyrer*
 - Sår
 - Sondeernæring
 - Blodprøver
 - Blæreskylling
 - Kateterisering
 - Urinprøver
5. *Personlig hygiene*
 - Strømpepåtreng
 - Morgenstell/kveldsstell
 - Stå opp/legge seg
 - Bekkentømming
 - Urinposetømming
 - Bleieskift
 - Toalettbesøk
 - Munn/tannhygiene
 - Hårvask
 - Dusj/bad
6. *Stell*
 - Stell/pleie i seng
 - Må bruke heis ved forflytning ved stell
7. *Tilsyn*
 - Personalet er inne i huset, men utfører ingen oppdrag
 - Individuelt tilsyn. Samtaler, råd, veiledning til heldøgnsbemanning
 - Ambulerende vakt dag/natt, timebaserte dager enkelte dager, deler av døgnet,
 - Tilkalling
8. *Assistere ved matlaging*
 - Smøre brød
 - Mate
 - Lage/varme middag
9. *Rehabilitering/habilitering*
 - Gåtrening
 - Ståtrening
 - Tøying
10. *Husarbeid*
 - Gulvvask
 - Klesvask(henting og bringing)

- Oppvask
- Sengetøyskift
- Støvtørking
- Støvsuging
- Vinduspuss

11. Ærender

- Handle for bruker
- Veiledning /følge

12. Sosial trening

13. Matombringing

- Bruker få levert ferdig middag

ADL-ferdigheter

- Opplæring, vedlikeholdstrening
- Sosial trening
- Bruk av offentlige kontorer
- Kommunikasjonsmidler
- Kommunikasjon

