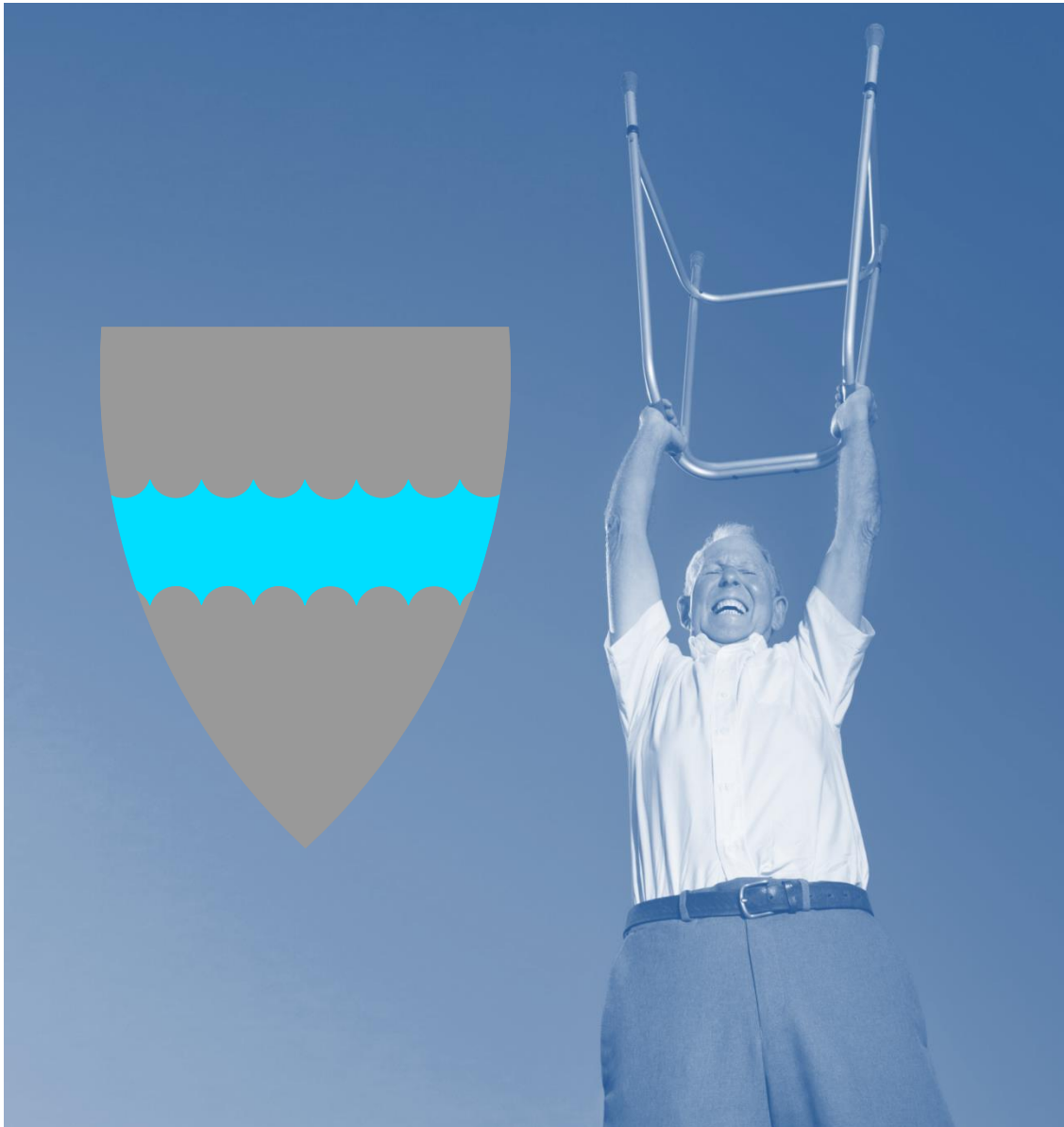


Statusrapport



Hverdagsrehabilitering i Alstahaug kommune

Innhold

Innledning.....	3
Bakgrunn	3
Formål.....	3
I tråd med lovverk og politiske forskrifter.....	4
Forhold i Alstahaug kommune	4
Metode og gjennomføring	5
Planlegging og organisering	5
Flytskjema av prosessen i hverdagsrehabilitering.....	5
Målgruppe	6
Kompetanseutvikling.....	6
Muliggjøring av oppstart	6
Resultater	7
Hva forteller de forskjellige måleinstrumentene oss?	7
Hvilke effekter ser vi så langt	7
Diskusjon	8
Konklusjon og videre anbefalinger/ ønsker	9
Referanser	11

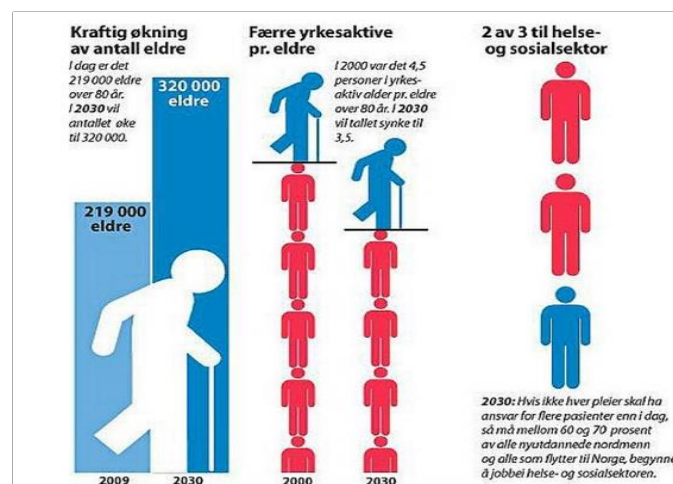


Innledning

Bakgrunn

Hverdagsrehabilitering er et tjenestetilbud som de siste par årene har fått økt fokus i Norge og som raskt sprer seg til mange kommuner over hele landet. Per 02.09.2014 er 75 kommuner i gang med hverdagsrehabilitering, og ca 50 er i planleggingsfasen. Alstahaug kommune er en av kommunene som er i gang.

Bakgrunnen for å starte opp med hverdagsrehabilitering er de demografiske endringene vi står ovenfor i årene fremover med et stadig, og raskt, økende antall eldre. Det er beregnet at antallet personer over 67 år nasjonalt kan øke fra 0,6 millioner i 2010 til 1,5 millioner i 2060, og antallet over 80 år vil øke fra 230 000 til 650 000 i samme tidsperiode. Samtidig vil antall personer i yrkesaktiv alder (20–66) per eldre over 67 nesten bli halvert. De fleste eldre ønsker å klare seg selv og kunne bo hjemme dersom det er mulig. Blant morgendagens eldre vil mange generelt sett være friskere enn før, men økningen vil også føre med seg flere eldre med større risiko for flere helseproblemer. Dette gjelder blant annet funksjonssvikt, skrøpeligheit, fall, diabetes, kreft, hjerte/kar- og muskel/skjelettsykdommer, samt psykisk uhelse og demens. Økt antall eldre vil si økt antall personer i risikogruppen (Folkehelseinstituttet, 2010). I stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» blir hverdagsrehabilitering beskrevet som et satsningsområde og trukket frem som et av flere tiltak for å bidra til å løse disse utfordringene.



Aftenposten, 02.10.09

Figur som viser forespeilet utvikling i forholdet eldre / yrkesaktive 2009 – 2030. Av tallene i teksten over ser vi at dette misforholdet forventes å bli enda større frem mot 2060.

Formål

Formålet med hverdagsrehabilitering er å gjøre kommunen bedre rustet til å møte utfordringene som følger med den demografiske utviklingen i årene fremover. Med hverdagsrehabilitering ønsker vi å forebygge, redusere og utsette behov for helse- og omsorgstjenester. Dette kan resultere i økonomiske besparelser for kommunen ved å redusere den forventede økningen i behov for kommunale tjenester. Med hverdagsrehabilitering vil vi oppnå å fremme eldres mulighet og evne til å klare seg selv i sitt eget hjem. Ved å ta utgangspunkt i brukernes egne ønsker og mål, vil oppgavene

og treningen også bli mer meningsfylte. Erfaringer fra samtlige kommuner som har startet opp viser at det også bidrar til å øke livskvalitet og mestring for hjemmeboende.

I tråd med lovverk og politiske forskrifter

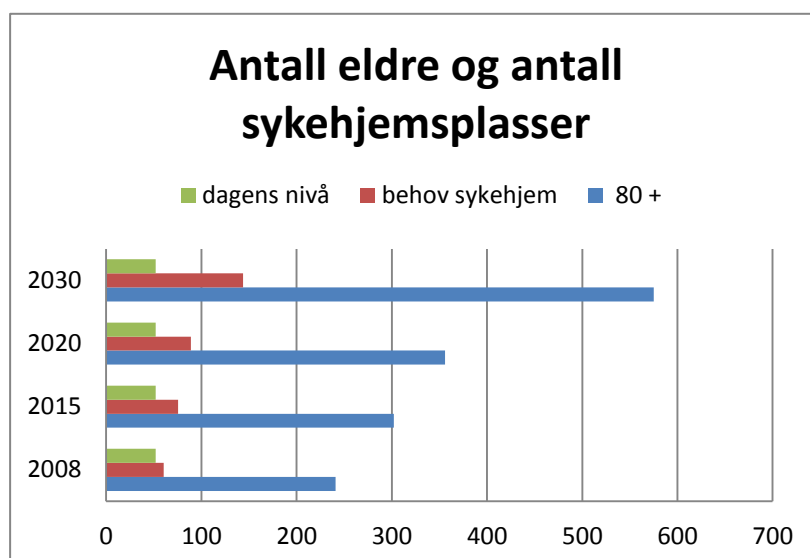
Hverdagsrehabilitering er et begrep som ikke har noen klar definisjon verken i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Intensjonene og definisjonene av rehabilitering er likevel tydelig i samsvar med intensjonen og arbeidsformen bak hverdagsrehabiliteringsbegrepet.

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering §2, 2011).

Hverdagsrehabilitering har i tillegg til rehabilitering også et forebyggende aspekt. Det bidrar til at kommunene utvikler nye, forebyggende tjenester, men også til å oppnå mer forebygging i allerede etablerte tjenester. Samhandlingsreformen har økt fokus på forebyggende helsearbeid. Med tidlig innsats, forebyggende og rehabiliterende tiltak, er hverdagsrehabilitering i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner og kommer også inn under Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Forhold i Alstahaug kommune

Innen 2020 er det anslått at Alstahaug kommune vil ligge over landsgjennomsnittet med antall personer over 80 år (jfr. folkehelseprofil 2014). Dette, i kombinasjon med færre yrkesaktive per eldre, gjør det ekstra viktig at vi kommer godt i gang med effektiviserende tiltak fort. Per i dag har vi ikke kapasitet til å håndtere den foreskrevne økningen i behov for helsetjenester. Vi har et stort behov for, og det ligger et stort potensiale i, å jobbe med de kognitivt friske hjemmeboende eldre for å holde dem friske og selvstendige så lenge som mulig. Under ses et diagram som viser forventet utvikling i antall eldre og behov for sykehjemsplasser i Alstahaug kommune frem til 2030.

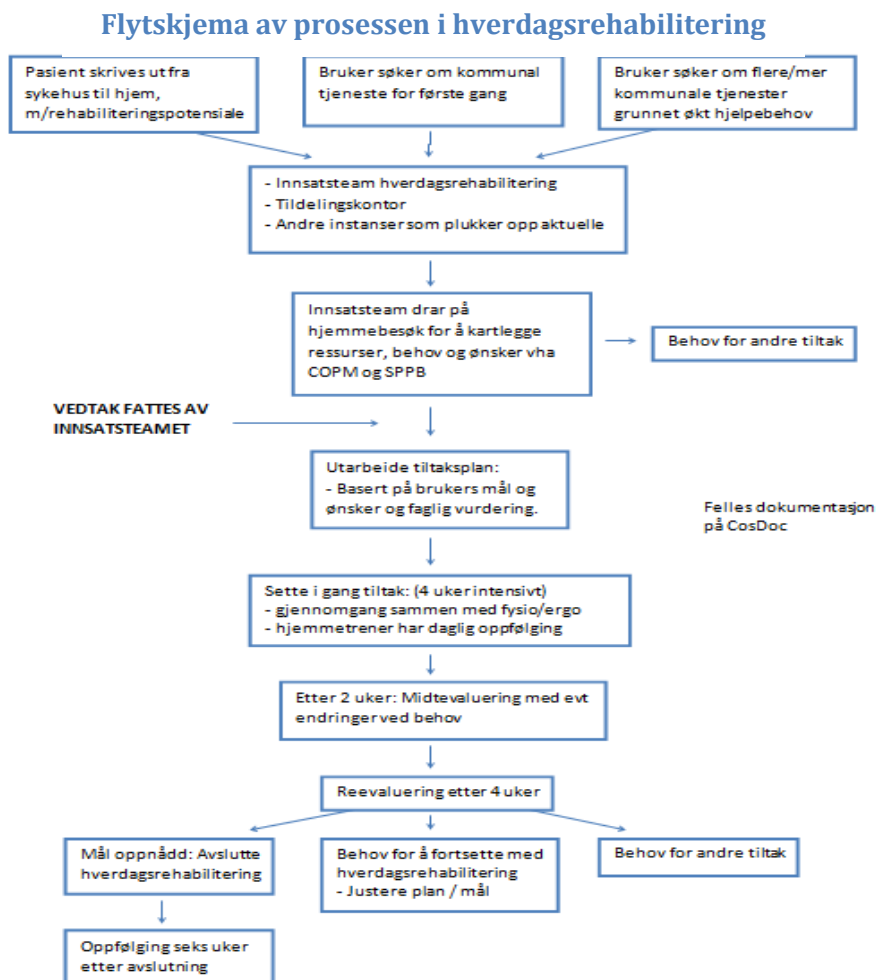


Metode og gjennomføring

Planlegging og organisering

Prosjektgruppe ble opprettet i starten av 2013 og besto av fysioterapeut, ergoterapeuter, sykepleier og brukerrepresentant. I løpet av 2013 gjorde denne gruppa mye forberedende arbeid. Det ble undersøkt hvordan andre kommuner har gjennomført prosjektet, og hvordan vi kunne få det til å fungere her med våre forutsetninger. Det ble også søkt på prosjektmidler fra Helsedirektoratet, Fylkesmannen i Nordland og Nordland fylkeskommune. Positivt svar fra alle disse tre resulterte i at vi fra februar 2014 kunne opprette tverrfaglig innsatsteam bestående av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleier og hjemmetrener.

Innsatsteamet møttes to ganger i uken for oppsummering og gjennomgang av brukere; nye og allerede igangsatte. Fokus flyttes fra det tradisjonelle «hva kan jeg hjelpe deg med?», til hva som skal til for at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpent. Formålet er at brukeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå. I stedet for å gjøre brukerne en bjørnetjeneste ved å gjøre oppgavene for dem, tar vi rollen som støttespiller, veileder og tilrettelegger for hvordan de kan bruke egne ressurser og forutsetninger og trene seg frem mot å klare oppgaven selv.



Ved oppstart gjennomføres hjemmebesøk med kartlegging utført av to av faggruppene fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. Til dette bruker vi kartleggingsverktøyene COPM og SPPB som gjennomgås senere i rapporten. Tiltaksplan blir utarbeidet og gjennomgått sammen med hjemmetrener som har den daglige oppfølgingen i tiltaksperioden. Midtvaluering ved behov med eventuell justering av

tiltak. Vedtak blir gitt for fire uker, i slutten av disse gjør man ny kartlegging for å dokumentere effekt. Tilbudet inkluderer også oppfølging etter 10 uker for å undersøke langtidseffekten av tiltaket. De som takker ja til å være med i forskningsprosjekt (se under) har også oppfølging ved 6 og 12 måneder og fyller ut noen ekstra skjemaer plukket ut av forskningslederne.

Alstahaug kommune deltar sammen med 38 andre kommuner i forskningsprosjekt på bestilling fra Helsedirektoratet. Forskningen blir gjennomført av Senter for omsorgsforskning Vest i samarbeid med Charm (forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester). Målet med forskningen er å kartlegge effekt av hverdagsrehabilitering i norske kommuner, både samfunnsøkonomisk effekt for kommunene og effekt og betydning for brukerne. Studien går over to år med ett års oppfølging av alle deltagere. Resultatene fra forskningen vil bli oversendt Helsedirektoratet i februar 2016, og vil sannsynligvis bli publisert i løpet av samme år. Det vil i tillegg til å se samlede resultater fra alle kommuner, være mulig å trekke ut resultater fra sin egen kommune.

Målgruppe

I utgangspunktet er alle innbyggere med behov for tjenester innenfor helse, pleie og omsorg i Alstahaug kommune i målgruppen for hverdagsrehabilitering. Vi har heller ikke satt noen aldersgrense på deltagelse, men vi ser imidlertid at hovedvekten ligger på eldre over 65. Det er viktig å ha i bakhodet at også yngre mennesker kan ha behov for rehabilitering i hjemmet, for eksempel etter ulykker eller sykdom. Det er funksjon og ikke alder som skal avgjøre tjenestetilbudet. For å avgrense brukere har vi definert noen inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Brukere som søker kommunal tjeneste for første gang (f.eks. trygghetsalarm, matombringing, hjelpemidler)
- Brukere som får en endring i funksjon/behov
- Utskrevne fra sykehuset med rehabiliteringspotensiale /overgangsperiode sykehus → hjem (inkludert omsorgsbolig)
- Bruker må være motivert til å gjøre en egeninnsats for å øke eget funksjonsnivå

Eksklusjonskriterier:

- Langtkommen demens /uttalt kognitiv svikt
- Brukere med behov for døgnbasert langtidsplass på sykehjem
- Terminale pasienter

Kompetanseutvikling

I starten av 2013 hadde vi et kick-off-seminar hvor vi inviterte medarbeidere, administrasjon og ledelse i kommunen til informasjon og work-shop angående hverdagsrehabilitering. I løpet av oppstartsperioden har hele innsatsteamet fått opplæring i kartleggingsverktøyet COPM ved at vi leide inn kursholder for dagskurs. Fire av seks i forskjellig grad hatt opplæring i motiverende samtale/intervju. I tillegg er to av de tre som er underveis i videreutdanningen «helsefremmende og rehabiliterende arbeid med eldre med i innsatsteamet. Medlemmer i innsatsteamet har også deltatt på flere fagdager og erfaringskonferanser. Trondheim kommune har nå utfordret oss i Alstahaug til å holde innlegg om vårt prosjekt på den nasjonale erfaringskonferansen om hverdagsrehabilitering som de arrangerer 27.-28. november i år.

Muliggjøring av oppstart

Alstahaug kommune har fra starten av 2014 kommet i gang med utførelse av hverdagsrehabilitering. Ved hjelp av midlene fra fylkesmannen i Nordland, Nordland fylkeskommune og Helsedirektoratet har vi fått finansiert denne oppstarten og driften av prosjektet ut 2014. Mesteparten av midlene har

blitt brukt til å finansiere prosjektstillinger (totalt 190% til hjemmetrener, sykepleier og prosjektleder). Kommunen har bidratt med stillingsprosenter av allerede eksisterende ressurser (totalt ca 100% fordelt på fysioterapi og ergoterapi) brukt til hverdagsrehabilitering, samt dekning av tidligere nevnte videreutdanning i "helsefremmende og rehabiliterende arbeid med eldre" for tre medarbeidere. Dette viser tydelig at administrasjon og ledelse har tro på at dette er et viktig satsningsområde, og at det er reelt å tenke at de ønsker å kunne gi innbyggerne dette tilbudet. Vi har informert om tiltaket i formannskap og har oppnådd bred støtte og politisk vedtak.

Resultater

Hva forteller de forskjellige måleinstrumentene oss?

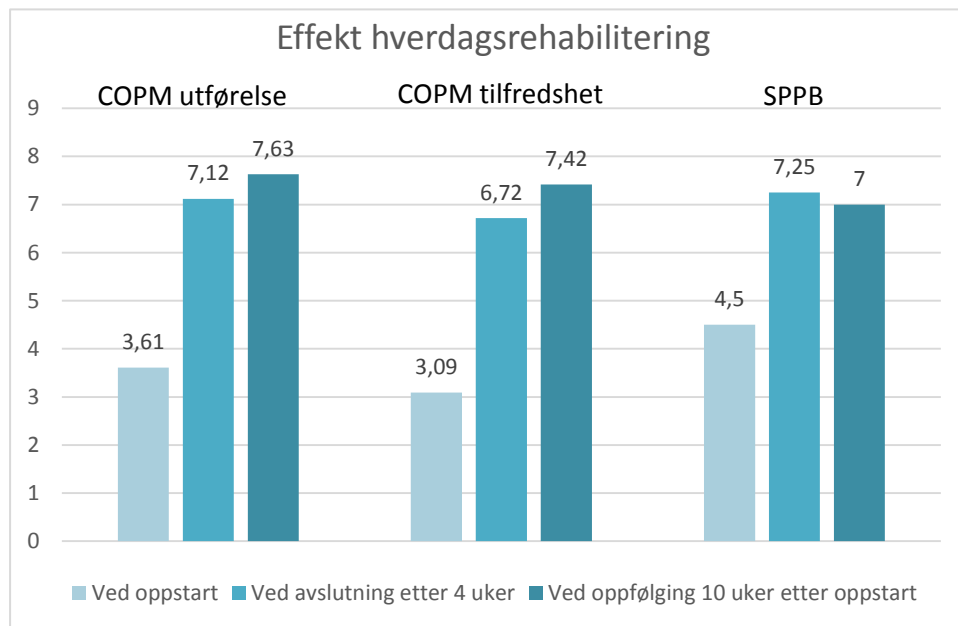
- **COPM** – Canadian Occupational Performance Measure er en standardisert test og kan brukes for å kartlegge problemer knyttet til aktivitet og deltagelse, for å beskrive mål og planlegge behandling, for å følge individuelle behandlings- og rehabiliteringsforløp, og for å evaluere effekt/nytte av tiltak både på individ- og gruppenivå. Det kartlegger betydningsfulle hverdagsaktiviteter og egenvurdert utførelse og tilfredshet av disse.
- **SPPB** – Short Physical Performance Battery er en standardisert test for evaluering av fysisk funksjon hos eldre. Skåre under 10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt, under 8 indikerer begynnende svikt i hverdagsaktiviteter. Testen har vist seg å ha god prediksjonsevne for død, fall og sykehjemsinnleggelse, fremtidig funksjonsfall og økt hjelpebehov, sykehusinnleggelse og reinnleggelse i sykehus. Den har vist seg egnet til bruk i sykehus på akutt syke eldre, som screeningtest i primærhelsetjenesten og på hjemmeboende eldre.
- **Ganghastighet** er en del av SPPB, og denne alene kan også identifisere personer i risikosone for negativ utvikling av helse og funksjon. Ganghastighet over 1,0 m/sek innebærer liten risiko for negativ helseutvikling og har god kapasitet for å bevege seg utendørs. Ganghastighet under 1,0 m/sek kan identifisere fallrisiko og ganghastighet under 0,8 m/sek kan identifisere personer med problemer med utendørs mobilitet. Ganghastighet under 0,6 m/sek identifiserer personer med behov for assistanse i hverdagsaktiviteter.

Hvilke effekter ser vi så langt

Vi har totalt 17 brukere som til nå har deltatt i prosjektet. Åtte brukere er avsluttet og alle dataene fra oppstart, avslutning etter fire uker og oppfølging etter ti uker er samlet inn.

Måleinstrumentet COPM har skåre fra 0-10 poeng og to poeng endring regnes som klinisk relevant. Disse åtte brukerne hadde etter fire uker gjennomsnittlig økning på 3,51 for utførelse og 3,63 for tilfredshet etter fire uker. Etter 10 uker hadde disse skårene økt ytterligere til 4,02 poeng høyere for utførelse og 4,3 poeng høyere for tilfredshet. Disse skårene sier oss noe om mestringsfølelse, motivasjon og livskvalitet, som alle er viktige pekepinner for evne til selvstendighet. På måleinstrumentet SPPB går skåren fra 0-12 poeng og ett poeng endring er regnet som klinisk meningsfull. På de åtte brukerne ser vi at de har hatt en økning på i gjennomsnitt 3 poeng etter fire uker og litt ned til 2,5 poeng etter 10 uker. Dette forteller oss at vi har vesentlig redusert risiko for død, fall, sykehjemsinnleggelse, fremtidig funksjonsreduksjon, økt hjelpebehov, sykehusinnleggelse og reinnleggelse i sykehus i løpet av intervensjonsperioden. Denne økningen har blitt noe redusert etter 10 uker (seks uker etter avsluttet tiltak), men er fremdeles betydelig høyere enn utgangspunktet. Også ganghastigheten har blitt positivt påvirket av hverdagsrehabilitering. Gjennomsnittlig ganghastighet blant de åtte var ved oppstart 0,5 m/sek. Etter fire uker økte dette til

0,6 m/sek, og denne fremgangen var opprettholdt på 0,6 m/sek etter 10 uker. Dette betyr at vi har forbedret funksjonsnivået fra å ha behov for assistanse i hverdagsaktiviteter, til å være i stand til å mestre disse selvstendig.



Brukerne som har deltatt i hverdagsrehabilitering har vi kommet i kontakt med på forskjellige måter. Noen har henvendt seg til fysioterapi eller ergoterapi for tjenester derfra blant annet etter opphold på rehabiliteringsinstitusjon, andre har blitt videreformidlet til innsatsteamet fra hjemmesykepleien og tildelingskontoret, eller man har kommet i kontakt med de etter samtaler med pårørende. Av de 17 deltagerne vi har hatt så langt, har 15 av de ikke mottatt tjenester fra hjemmesykepleien ved oppstart av hverdagsrehabilitering, men har vært i fare for å utvikle behov i nær fremtid. Fra en av dem var bestillingen hjelp til dusj etter hjemkomst fra rehabiliteringsopphold, men var ved avslutning av hverdagsrehabilitering selvstendig i dusjsituasjon. En annen av deltagerne mottok etter fall med påfølgende bekkenbrudd hjelp til matlaging og på/avkledning morgen og kveld hver dag, samt dusjing en gang i uken. Etter endt hverdagsrehabilitering mottar brukeren nå kun hjelp til dusjing, og det jobbes også med at denne tjenesten på sikt kan avsluttes.

Diskusjon

Som nevnt har de fleste brukerne som har deltatt hatt lite hjelp fra kommunale tjenester i utgangspunktet, men har av forskjellige årsaker opplevd en reduksjon i funksjon. Forebygging er et kjernemål i hverdagsrehabilitering. Forebygging er svært vanskelig å måle effekt av, i alle fall på så kort tid. Det er vanskelig å forutse hva behovene til brukerne ville blitt om de ikke hadde fått hverdagsrehabilitering. Tallene fra måleinstrumentene vi har brukt og hva de forteller oss gir likevel en tydelig pekepinn på at dette er et verdifullt tiltak. Den forbedringen hverdagsrehabilitering har gitt, viser ikke bare at brukerne nå er mer fornøyd, i bedre fysisk form og går fortere enn før. Den forteller oss også at de har oppnådd lavere risiko for død, fall, sykehjemsinnleggelse, fremtidig funksjonsreduksjon, økt hjelpebehov, sykehjemsinnleggelser, reinnleggelser i sykehus, negativ utvikling av helse og funksjon, og behov for assistanse i hverdagsaktiviteter. Alt dette har blitt oppnådd med

fire ukers intensiv innsats. Og som beskrevet i resultatdelen, har disse forbedringene med god margin opprettholdt sin kliniske relevans også etter 10 uker.

Hverdagsrehabilitering er et helt nytt tilbud som er ukjent for de aller fleste, både blant helsearbeidere, aktuelle brukere og pårørende av aktuelle brukere. Vi har fremdeles en del arbeid å gjøre i forhold til å gjøre tilbudet kjent for innbyggerne i kommunen. Noen av brukerne som har vært med har vært veldig skeptiske til å begynne med, men de aller fleste har blitt overrasket over hvor mye de etter hvert har klart selv, og blitt veldig fornøyd med resultatet. De har også blitt mer bevisst og ser sammenhengen mellom aktivitetsnivået i dagliglivet og deres fysiske form og funksjonsnivå. Dette har ført til at mange har blitt motivert til å fortsette med treningen også etter at hverdagsrehabiliteringsperioden er ferdig, og har nok mye å si for at resultatene etter 10 uker også er så gode som de er. For noen få som har fått hverdagsrehabilitering, har det vist seg å ikke være riktig tilbud, og vi har funnet andre alternativer. Her er det igjen viktig å påpeke at hverdagsrehabilitering ikke er for alle, og er ikke ment å erstatte dagens tjenester for alle og enhver. Det er ment som en tilleggstjeneste for å redusere forventet økning i behov for hjemmetjenester i årene fremover. Dette ønskes oppnådd ved å øke og opprettholde selvstendighet blant kognitivt friske hjemmeboende eldre. Bydel St.Hanshaugen i Oslo konkluderer med at hverdagsrehabilitering har utsatt behov for pleie- og omsorgstjenester og at de har redusert behovet for sykehjems plasser fra 190 til 130 ved hjelp av hverdagsrehabilitering på bare et par år.

Fürst og Høverstad har i sin KS-bestilte FoU-rapport om hverdagsrehabilitering valgt ut 20 kommuner som har startet opp og sett på gjennomføring og effekter. De har hatt samtaler med politikere og ledere i 8 av disse kommunene. Flere av disse kommenterte at de ikke har råd til å ikke satse på hverdagsrehabilitering for å møte morgendagens utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Man må være innstilt på at det kan medføre merkostnader i oppstartsperiode da det tar med tid å jobbe med intensiv rehabilitering med hendene på ryggen. Gevinsten ligger i at man på sikt sparer ressurser ved å sette inn en intensiv, tidsavgrenset tiltak fremfor en varig tjeneste. Ved å utnytte potensialet hos de brukerne som fremdeles kan, frigjør vi også ressurser til de som trenger mer.

Konklusjon og videre anbefalinger/ ønsker

Rapporter fra andre kommuner viser til gode resultater både i forhold til ressursbruk, beregnet besparelse og pasienters hjelpebehov og selvstendighet. Vi har kommet godt i gang med hverdagsrehabilitering i Alstahaug kommune og resultatene viser en klar tendens til at dette er et samfunnsøkonomisk lønnsomt tiltak. Ut fra resultatene så langt kan vi trekke konklusjonen om at intensiv, tidsavgrenset hverdagsrehabilitering er et tiltak som kan redusere og utsette behov for helse- og omsorgstjenester også her i Alstahaug kommune. Et overordnet mål når prosjektperioden er over, er at tjenesten blir implementert i kommunens ordinære drift. Vi ønsker likevel å fortsette som prosjekt ett år til, ut 2015, for større datamengde og mer robuste resultater å vise til. Dette er en klar fordel når det skal tas stilling til om prosjektet skal implementeres.

Vi må jobbe mer med å gjøre hverdagsrehabilitering kjent for befolkningen slik at de også får en større forståelse for bakgrunnen og formålet med tilbudet. Ikke minst gjelder dette innenfor alle nivåer i vår egen organisasjon. Blant annet er et tettere samarbeid med hjemmetjenesten ønskelig for å få en bedre forståelse for hverandres arbeidshverdag og kan jobbe mot samme mål. Dette er også viktig for å få implementert tankegangen bak hverdagsrehabilitering enda mer inn i hele

hjemmetjenesten, slik at alle våre innbyggere får utnyttet sine ressurser mest og best mulig. Det at tilbudet ikke er så godt kjent enda, kan være en av årsakene til at vi har hatt litt problemer med å finne de riktige kandidatene. En del av de vi har fått tilmeldt har enten vært for dårlige eller «for friske», og har da blitt vurdert dithen at de ikke har vært kandidater for prosjektet. Som vi ser på ganghastigheten har funksjonsnivået også på de som har fått hverdagsrehabilitering vært ganske lavt. Gjennomsnittet ligger under 0,6 m/sek som indikerer behov for assistanse i hverdagsaktiviteter. Dette viser at det er mye potensiale og ressurser også i de som allerede har kommet inn i systemet og mottar noe bistand.

For å fullføre forskningsprosjektet med forutsetninger for å oppnå virkelighetsnære resultater er det viktig at vi klarer å opprettholde kvaliteten på samme nivå som vi har i dag. Resultatene fra forskningsprosjektet vil være med på å forme morgendagens helsetjenester i Norges kommuner. For å kunne opprettholde kvaliteten på tjenesten og kunne bruke de ressursene vi bruker i dag, anser vi det som nødvendig å beholde de stillingene vi har hatt i prosjektet for videreføring og implementering i driften. Vi ønsker også å kunne sette inn mer fysioterapi- og ergoterapiressurser enn vi har hatt til nå, da vi ser at disse blir presset på tid i forhold til andre oppgaver i arbeidshverdagen. Samtidig ser vi at trykket på hjemmetjenestene er stort, og at det er lite rom for å jobbe med hendene på ryggen i en travel hverdag. Også her håper vi å kunne få mer ressurser i tiden fremover, så man har mulighet til å jobbe mer med en rehabiliterende og forebyggende tankegang også i de tradisjonelle hjemmetjenestene.

Referanser

Folkehelseinstituttet, 2010. *Mange flere friske eldre.* (lest 6. august 2014)

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trq=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,5980:1:0:0::0:0&Content_6499=6178:84205::1:6271:9:::0:0

Folkehelseprofil 2014 Alstahaug. (lest 26. august 2014)

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1820&sp=1&PDFaar=2014>

Diakonhjemmet sykehus om Canadian Occupational Performance Battery. (lest 26. August 2014)

http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasional-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/_1737|2003

Short Physical Performance Battery (SPPB) norsk versjon 2013

<http://legeforeningen.no/PageFiles/135910/SPPB.pdf>

Bogen, Bård (2013). *Foretrukket ganghastighet – testen som forteller “alt” om elder mennesker?* Kronikk i fagbladet Fysioterapeuten 5/13.

Fürst og Høverstad (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner.* KS FoU-prosjekt nr. 134027, sluttrapport 15.06.2014.

Trente vekk 60 sykehjems plasser. Reportasje i Kommunal Rapport, juni 2014.