

Strategi og tiltaksplan

Hjemmebaserte tjenester 2017 – 2020

«Hjemmesykepleien»

Sammen kan vi!



Vedtatt av Arendal bystyre 08 desember 2016

Strategi og tiltaksplan

1 FORANKRING

1.1 FREMTIDENS TJENESTE

«Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

(Meld. St 26, 2014-20151)

1.2 FOLKEHELSEPERSPEKTIV I ALL SAMFUNNSUTVIKLING

«Stimulere innbyggerne til å ta ansvar for egen helse, og legge til rette for sunne valg. Innbyggere skal på egne premisser settes i stand til å mestre eget liv, til tross for sykdom eller funksjonsnedsettelse. Innbyggere som trenger hjelp og har behov for bistand, skal erfare at kommunen gir omsorgstjenester som er tilpasset den enkeltes behov.»

(Kommuneplan 2011-2021²)

1.3 MESTRING

Kommunedelplan Tidlig innsats og plan for helse og levekår – lengre forløp defineres mestring til «(...) opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre»³.

I begge planene vises det også til Per Fugellis tre viktige faktorer for at mestring skal være tilstede⁴:

- Oppleve personlig verdighet - respekt og selvrespekt
- Oppleve handlingsrom i eget liv
- Oppleve tilhørighet til en flokk (fellesskapet)

Mål: Tidlig avdekking av funksjonssvikt og igangsetting av rehabiliteringstiltak umiddelbart i kommunehelsetjenesten kan bedre funksjon og mestringsevne hos brukeren. Fokuset skal være på «lengst mulig i eget liv, i eget hjem».

(Plan for helse og levekår 2015-2030. Lengre forløp⁵)

1.4 SATSNINGSOMRÅDER I HELSE OG LEVEKÅR

- Alle Innenfor! Ingen Utenfor!
- Gode Forløp
- Det Gode Menneskemøtet
- Trygge Individer - Trygge Hjem
- Kompetanse
- Rekruttering
- Innovasjon

Strategi og tiltaksplan

2 HOVEDUTFORDRING

Arendal kommune (AK) vil de neste årene stå ovenfor store utfordringer som må løses. Bakgrunnen er både økningen i eldre over 80 år, demens og dårlig score på mange forhold som berører levekår og folkehelse i vår kommune. Vi vet at det vil bli mange flere eldre og mer sammensatte problemstillinger på grunn av økt levealder. I hjemmesykepleien sees det allerede en økt kompleksitet og behov for ny kompetanse og en sterkere tverrfaglig innsats.

Over tid har Arendal kommune hatt et økende press på tilbud høyt opp i omsorgstrappa. Mange av korttids plassene er belagt med brukere som venter på langtids plass og det har i løpet av 2015 og 2016 vært nødvendig å etablere flere midlertidige institusjons plasser ved kommunens institusjoner i tillegg til kjøp av plasser utenfor kommunen. Parallelt med dette har en sett at antall brukere og behov for hjemmesykepleie har økt med ca. 10% fra 01.01.15 og fram til 31.08.16. Fremover må det med bakgrunn i demografi forventes ytterligere økninger, særlig i sentrumsområdene. Reduksjon og omgjøring i antall institusjons plasser, samt en minimering av veksten i langtids plasser fremover, vil sannsynligvis også medføre økt behov for hjemmesykepleie i form av hjelp til flere og tyngre pasienter hjemme og i omsorgsbolig med bemanning.

AK har, som flere andre kommuner, utfordringer med å oppdage forverring tidlig hos brukere for å kunne unngå unødige innleggelser. Det er også en utfordring at man en stund ikke har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset raskt nok.

Pr dags dato er hjemmesykepleien ikke rustet til å møte disse økte utfordringene, hverken med tanke på bemanning eller kompetanse.

En hovedutfordring i årene som kommer vil være å utvikle en kvalitativ og god tjeneste for hjemmeboende som er i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer og som kan redusere behovet for fremtidige institusjons plasser.

Strategi og tiltaksplan

3 MÅL

3.1 MÅL

- ▶ Utvikle en forebyggende og kvalitativ god tjeneste hvor bruker- og pårørende involvering står sentralt for å utsette behovet for kommunale tjenester og unngå unødvendige innleggelse.
- ▶ Legge til rette for at innbyggerne kan bo lengst mulig hjemme med færrest antall personer som yter tjenester.
- ▶ Sikre rett tjeneste til rett tid. Brukere som trenger det må ha nok og riktig tjenesteinnsats spesielt i starten, for å sikre tidlig og helsefremmende innsats for trygge hjem og trygge overganger og forløp.
- ▶ Alle innenfor, ingen utenfor.
- ▶ Samskaping med frivillige, frivilligsentraler og frivillige organisasjoner.
- ▶ Rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert personell i hjemmesykepleien.

3.1.1 Noen bærende prinsippr:

- ▶ Selvstendighet og mestring.
- ▶ Fra passiv hjelp til aktiv mestring.
- ▶ Fra: «Hva kan vi hjelpe deg med?» Til: «Hva er viktig for deg? Hva kan du gjøre selv?».
- ▶ «Ser du noe, så gjør noe med det».
- ▶ Det gode menneskemøtet: «Hva er viktig for deg?» og «She made me feel real».

Strategi og tiltaksplan

4 SATSNINGSOMRÅDER

4.1 HJEMMESYKEPLEIE OG OMSORGSBOLIG

Estimert fremtidig vekst i antall brukere og tjenester i hjemmesykepleien og i omsorgsboliger vil påvirkes av demografiske endringer, men også hvordan man ønsker å møte økningen av behovet for korttidsplasser og langtidsplasser for eldre.

4.1.1 Hjemmesykepleie

Med bakgrunn i dagens situasjon, vil utvikling av behov for hjemmesykepleie 2017 - 2027 se slik ut:

År	2017	2018	2019	2020	2027
Estimert antall mottakere av hjemmesykepleie	906	931	954	983	1169
Vekst i prosent per år*	2,32	2,74	2,42	3,03	18,90**

*Vekst hentet fra Enhet hjemmebaserte tjenester.

**Estimert samlet vekst fra 2020-2027

Framskrivning SSB viser fortsatt befolkningsvekst, flere i sentrale strøk, flere innvandrere og flere eldre. Framskrivning viser at det blir flere eldre over 80 år uavhengig av hvilken framskrivningsmodell som legges til grunn. Dette er også grunnlaget for de vurderinger og prioriteringer som er gjort i handlingsplanarbeidet.

Det er igangsatt prosesser for omlegging av plasser på Solhaug og avvikling av dobbeltrom på institusjonene. Det legges opp til en lav vekst av langtidsplasser fremover. I lys av dette vil det være helt nødvendig å satse sterkere på hjemmebaserte tjenester for å redusere presset på langtidsplasser fremover. For å sikre de nødvendige økonomiske forutsetningene til å betjene et økt antall brukere og økte tjenestebehov i hjemmesykepleien må budsjettene styrkes årlig.

Fra 01.01.15 og frem til 31.08.16 har antall brukere og behov for hjemmesykepleie økt med ca. 10%. Dette tilsier at det nå er behov for å styrke budsjettet med 15,5 årsverk eller 11,5 mill kr.

Det er ikke gjort beregninger på hvilken økt vekst endringen og reduksjonen i antall institusjonsplasser og lav vekst fremover vil gi i antall brukere og tjenestebehov i hjemmesykepleien. Behov for styrking av årlige budsjetter fremover må derfor sees i sammenheng med utviklingen i styringstall for hjemmesykepleien.

En økning i antall brukere og tjenester i hjemmesykepleien tvinger fram behovet også for å utvide og eventuelt finne nye og bedre lokalisasjoner for basene til hjemmesykepleien. Dette arbeidet bør starte snarlig ettersom eksisterende lokaler allerede har sprengt kapasitet. Det bør avsettes en planleggingsressurs slik at dette arbeidet kan starte allerede til neste år.

Strategi og tiltaksplan

4.1.2 Omsorgsboliger i Arendal kommune

Med omsorgsbolig menes en bolig som er tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. Kommunens har flere typer omsorgsboliger til eldre pleietrengende:

Omsorgsbolig med base har heldøgns bemanning. Øvrige omsorgsboliger mottar tjenester fra hjemmesykepleien som øvrige hjemmeboende.

Solhaug - Gamle Songe vei	12	Uten base	Mulighet for måltider på BOS
Liatunet	2	Uten base	Mulighet for måltider på BOS
Røed "inne"	16	Uten base	Mulighet for måltider på BOS
Røed "ute"	9	Uten base	Mulighet for måltider på BOS
Flosta - Kilsundveien ute	6	Uten base	Mulighet for måltider på BOS
Færvik - Skilsøveien 196	14	Uten base	
Vollenetoppen 2A	7	Uten base	
Vollenetoppen 8	8	Uten base	
Lykkensborgveien	4	Uten base	
Bellevue 10	1	Uten base	
Sum uten base	79	Uten base	

Plankemyra – Strømsbuneset	43	Med base	
Bjorbekk - Johan Landmarksvei	36	Med base	
Margarethestiftelsen - Jens Gjerløws vei	48	Med base	
Flosta – Kilsundveien	17	Med base	
Sum med base	144	Med base	

4.1.3 Tildeling av omsorgsbolig

Tildeling av omsorgsbolig er ikke hjemlet i helse- og omsorgsloven, og er altså i utgangspunktet en ordinær utleiebolig. Kommunen kan yte tjeneste og hjelp til den som ikke klarer seg selv, i slik bolig

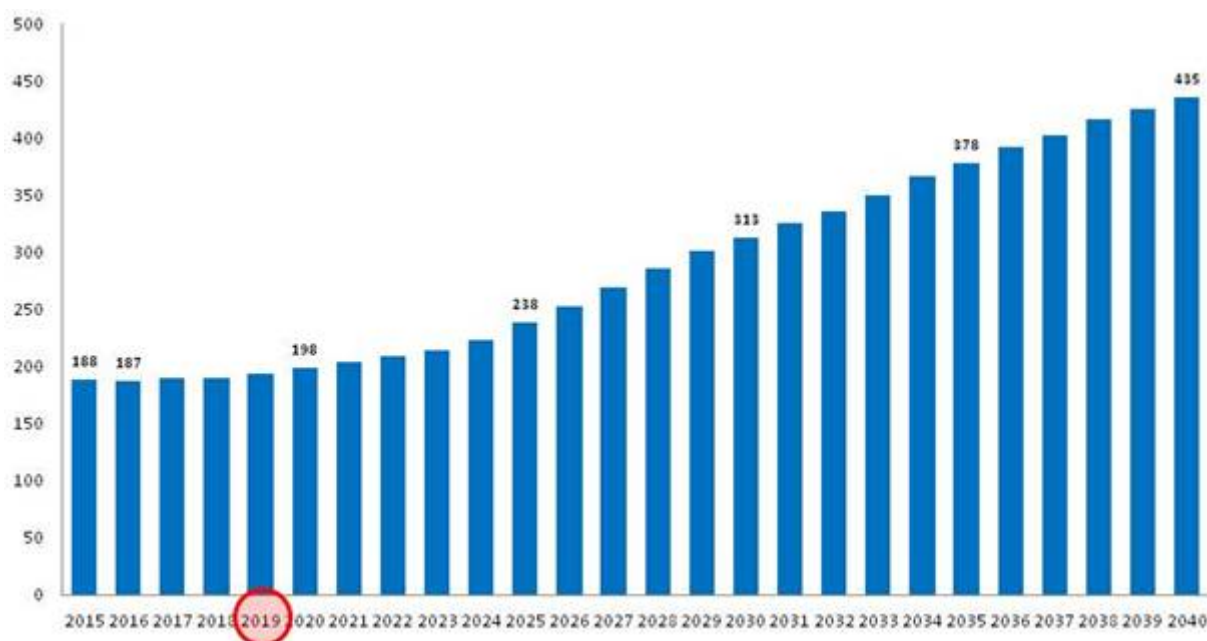
Strategi og tiltaksplan

på lik linje som i ordinære hjem: (<https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Omsorgstjenester/>).

Forskrift om tildeling av omsorgsbolig: <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2011-11-17-1553>

4.1.4 Utvikling omsorgsboliger

Med utgangspunkt i antall eldre over 80 år er dagens dekningsgrad for omsorgsboliger med heldøgns bemanning ca. 7,9 %. Det er ønskelig å øke denne dekningsgraden for å rendyrke langtidsplassene i institusjon hovedsakelig til pasienter med demenssykdom. Flere kognitivt friske pasienter som i dag får tilbud om langtidsplass, bør i årene som kommer få tilbudet dekket gjennom omsorgsbolig med heldøgns bemanning.



Figuren over viser behov for omsorgsboliger i årene som kommer.

År	2017	2018	2019	2020	2027
Behov antall omsorgsboliger med heldøgns bemanning	190	190	193	198	270
Økning	46*	0	3	5	72

*Engangsøkningen på 46 plasser tilsvarer forskyvningen av 16 % kognitivt friske pasienter fra sykehjem til omsorgsbolig.

I forhold til tidligere beregninger viser tabellene at det er behov for å avsette midler til å planlegge nye omsorgsboligbygg nå. Det bør også prioriteres å avsette midler til å vurdere og planlegge utvidelse av eksisterende boligareal på Bjorbekktunet og mellom Solhaug og Margarettestiftelsen.

Strategi og tiltaksplan

Margaretestiftelsen mangler kjøkkenfasiliteter og gode nok fellesarealer som kan gi muligheter for fellesmåltider og sosiale møteplasser. En utvidelse av boligarealet her vil gi bedre forutsetninger for å gi et tilbud i omsorgsboligen som alternativ til sykehjem. Alternativt bør det settes av midler for å vurdere løsninger og kostnader ved å omgjøre en av leilighetene til fellesareal og kjøkken.

4.1.5 Terskelverdier

25 timer med hjemmesykepleie pr uke tilsvarer kostnaden for en sykehjemsplass. I omsorgsbolig er terskelverdien 33 timer pr uke. For tiden er det noen få brukere som har tjenester over terskelverdiene, men gjennomsnittlig brukertid i omsorgsbolig ligger kun på ca. 10 timer. Dette viser at det er potensial for å bruke omsorgsboligene til enda mer ressurskrevende brukere og på den måten redusere behovet for sykehjemsplasser. En slik utvikling vil imidlertid medføre behov for styrket bemanning og økte budsjetter i omsorgsboligene. Et eventuelt behov for styrking av budsjettet må følges opp i planperioden.

4.1.6 Satsning i omsorgsboliger

Hjemmebaserte tjenester har søkt om statlige tilskuddsmidler for å iverksette aktivitetstilbud for brukere med demens i de bemannede omsorgsboligene. Parallelt implementeres tiltakspakke demens. Målsettingen er å gi brukere med begynnende demens i omsorgsbolig en tryggere hverdag gjennom tettere oppfølging og personsentrert omsorg.

Forventningen er at tiltaket kan forebygge behov for sykehjemsplass.

4.2 ORGANISERING OG STRUKTUR

I kommende handlingsplanperiode foreslås det å dreie tilbudet mer mot hjemmebaserte tjenester ved å redusere antall institusjonsplasser og minimere veksten i langtidsplasser fremover, samtidig som det legges opp til en styrking av hjemmebaserte tjenester. KS storbyforskning 2015⁶ viser at kommuner som satser mer på hjemmebaserte tjenester enn institusjonsplasser drifter mer effektivt enn andre.

Et viktig tiltak for å ruste hjemmebaserte tjenester til å møte fremtidige utfordringer vil være å implementere en ny og mer hensiktsmessig struktur ved inngangen til 2017. Reduksjon i antall avdelinger og opprettelse av en stilling som fagutvikler og 10 fagkoordinatorer er sentrale grep.

Antall avdelinger skal reduseres fra 11 til 7:

1. Hjemmesykepleien Øst (Flosta og Tromøy)
2. Hjemmesykepleien Sentrum (Inklusive Nattpatruljen og LAR)
3. Hjemmesykepleien Solhaug (inklusive Solhaug 3 og Vikarpool)
4. Hjemmesykepleien Vest (Bjorbekk og Hisøy)
5. Omsorgsboliger; Margaretestiftelsen og Plankemyra
6. Praktisk bistand og BPA
7. Dagsentre, Miljøverter og frivillighetsarbeid

Formålet med ny lederstruktur er å:

- ▶ Styrke faglig innsats og faglig utviklingsarbeid for å sikre god kvalitet i dag og fremover
- ▶ Styrke og formalisere

Strategi og tiltaksplan

- Lederstøtte for god drift og god strategisk ledelse
- faglig oppfølgings- og utviklingsansvar.

- ▶ Forsterke satsningen på kompetanse og kompetansemobilisering.
- ▶ Bedre samarbeid og mobilisering av kompetanse og personalressurser på tvers av dagens sonegrenser. Dette blir stadig viktigere på grunn av svingende tjenestetterspørsel og stadig mer komplekse og kompetansekrevende utfordringer i hjemmet.

Ny struktur skal evalueres høsten 2018.

Brukere med bare én diagnose finnes omtrent ikke i hjemmesykepleien. Det vanlige er brukergrupper med multisykdom og mange er svært komplekse. Diagnosebaserte pasientforløp er derfor ikke bærekraftig i primærhelsetjenesten og tjenestene skal heller ikke organiseres etter dette prinsippet. Alternative modeller må vurderes.

Kontinuitet er en avgjørende faktor for å oppdage tegn på sykdom som kommer gradvis hos eldre. Tjenestene skal i ny struktur organiseres på en slik måte at det kan sikres god kontinuitet, særlig i oppfølgingen av de mest «sårbare» brukerne. Brukerne må på individuelt grunnlag, sikres hyppig nok oppfølging av tjenesteansvarlig sykepleier og primærkontakt.

Det skal lages nye funksjonsbeskrivelser i forbindelse med implementeringen av ny struktur og rollen som tjenesteansvarlig skal evalueres. Det skal tilstrebes å få til flere større stillinger, særlig for tjenesteansvarlige og primærkontakter slik at disse får bedre forutsetninger for å følge opp brukere de har oppfølgingsansvar for.

Brukere med store og sammensatte behov og med rus/psykiatri problematikk gir økte utfordringer. Hjemmesykepleien opplever å ha en kontinuerlig økning av disse brukergruppene. Det er høstet gode erfaringer gjennom læringsnettverk og gode pasientforløp innenfor Rus og Psykiatri. Det anbefales at man gjennomgår erfaringer gjort i aktuelle nettverk og implementere erfaringer i hjemmesykepleien gjennom forbedringsteam i gode pasientforløp. Forbedringsteam skal også utrede om og hvordan egne oppfølgingsteam kan bedre oppfølging av sårbare brukere, anbefalt i Primærhelsemeldingen¹.

Organisering av pasientgjennomgangen er til dels ulik fra avdeling til avdeling og må evalueres. Bruk av elektronisk tavle som verktøy for å strukturere oppfølgingen av hver bruker skal vurderes.

Enheten har valgt å omgjøre sykevikarmidler til faste store stillinger og organisert disse i en vikarpool for hjemmesykepleien. Vikarpoolen ble opprettet 01.09.16 og det er knyttet flere forventningene til tiltaket:

- Bedre kontinuitet og kvalitet i tjenesten
- Mindre behov for vikarer og assistenter
- Bemanningsbuffer i ferier, høytider og helg
- Bli bedre rustet til å takle «aktivitetstopper» ved at vikarpool kan dekke behovet for økt bemanning
- Redusere overtid, forskyvinger, beordringer
- Økt fleksibilitet og samarbeid på tvers
- Redskap for å videreutvikle tjenestene og finne «beste praksis»

Strategi og tiltaksplan

Vikarpool skal fremover evalueres og videreutvikles. Blant annet skal det vurderes om det er behov for spesialkompetanse i vikarpool og om antall årsverk og stillinger i vikarpoolen bør økes. Det skal legges opp til månedlige møter med avdelingsledere og enhetsleder for erfaringsutveksling og refleksjon omkring «beste praksis».

4.3 KOMPETANSE OG VIDEREUTDANNING

I lys av Stortingsmelding nr 26¹ er det helt nødvendig å tilnærme seg fremtidens tjeneste på en annen måte enn man har gjort tidligere, brukergruppen er i endring og brukerrettigheter styrket. For å kunne møte morgendagens utfordring med fokus på kvalitet og effektivitet er det nødvendig med kompetanseutvikling på flere områder, samt å sikre riktig og tverrfaglig kompetansesammensetning i avdelingene og samlet i hjemmesykepleien.

4.3.1 Strategisk kompetanseplan

En riktig og god kompetanse vil sikre kvalitet i tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og godt omdømme som en attraktiv arbeidsplass. En bevisst, systematisk og strategisk satsing på kompetanse er derfor et viktig virkemiddel for rekruttering, men også helt nødvendig for at kommunen skal kunne møte fremtidige utfordringer og lykkes som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent. I samarbeid med lederteamet for enheten skal det fremover forankres en mer systematisk tilnærming til kompetanseutvikling. En sentral utfordring vil være å sikre nødvendig kompetanse, særlig i oppfølgingen av de mest «sårbare» brukerne. Flere av områdene under er eksempler på hva som bør inngå i en strategisk kompetanseplan hvor målet er å sikre riktig kompetanse, til riktig pasient, til rett tid.

«Fragmenteringen rammer de mest utsatte pasientgruppene, de med sammensatte og store problemer, brukere med psykiske plager, rus-/avhengighetsproblemer, psykisk utviklingshemmede og de skrøpelige eldste med flere sykdommer. Den rammer også alle med kroniske sykdommer som har behov for oppfølging av flere.» (Meld. St. 26, 2014-2015¹).

Konkret verktøy for å sikre implementering er utarbeidelse av årlige aktivitetsplaner. Hovedfokus i aktivitetsplanen skal være å sikre nødvendig kompetanse for å kunne arbeide mer forebyggende, sikre gode forløp og behandle pasienter med større og mer komplisert behov for hjelp.

Enheten vil kartlegge viktig spisskompetanse, etablere systemer for læring på arbeidsplassen og bedre kompetansemobilisering på tvers av avdelingene. Det skal utarbeides en database hvor kurs og kompetanse blir registrert slik at man til enhver tid har oversikt over tilgjengelig kompetanse og kan sikre at man får anvendt og mobilisert den kompetansen som er i organisasjonen. En kultur for kunnskapsdeling og kunnskapsspredning er avgjørende for praksisnær læring, og bruk av kommunens egne ansatte som kursholdere og veiledere er en viktig premisse. Egne ansatte som er stolte av arbeidsplassen sin vil være de beste ambassadørene for å sikre fremtidig rekruttering.

4.3.2 Rullerende basiskompetansekurs

Gjennom et samarbeid med prosjektleder for Gode pasientforløp i Østre Agder, og basert på erfaringene i Grimstad kommune, er det laget eget internt basiskompetansekurs med 8 moduler som er gjennomført i en avdeling i hjemmesykepleien i Arendal våren 2016. Opplæringen foregår pr. i dag i bolker på 2-3 timer med en grunnpakke som inneholder totalt 8 kurs. Gjennomføringen skal evalueres høsten 2016, men metoden skal breddes til andre avdelinger parallelt med implementeringen av Gode pasientforløp og evalueres fortløpende. Modulene i opplæringen

Strategi og tiltaksplan

inkluderer blant annet Gode pasientforløp, mestring, ernæring, fallforebygging, demensomsorg, geriatri, HMS, dokumentasjon og rus-psykiatri.

Kravene til kompetanse har endret seg mye de senere år. De viktigste årsakene til dette er at pasienter skrives tidligere ut av sykehus og har behov for mer kompleks behandling og oppfølging av kommunen enn tidligere. De eldre har ofte flere sykdommer og tar kanskje mange ulike medikamenter. Det krever systematisk observasjon for å avgjøre om en pasient blir gradvis dårligere, og gjenkjenne et diffust sykdomsbilde. Sakte forverring av sykdom kan ofte feilaktig forveksles med generell aldring og avdekkes ofte for sent i forløpet. Følgende områder skal derfor prioriteres som en del av basiskompetansekursene fremover:

1. Observasjonskompetanse som er essensielt for å sikre god kvalitet og bedre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper:
 - Gjøre de riktige observasjonene av pasienter til rett tid.
 - Gjenkjenne sykdomsforverring.
 - Sette i gang riktig tiltak til rett tid.
 - Håndtere prosedyrer; mange av dem nye.
 - Dokumentere tilstrekkelig hva som blir gjort.
2. Oppfølging av viktige observasjoner og gjennomføre tiltak.

Dette innebærer at alle medarbeidere må jobbe proaktivt, det vil si, reagere før brukerne trenger legetilsyn. Dette innebærer kontinuerlige faglige vurderinger ut fra pasientens diagnoser og sykehistorie, i tillegg til tidlig involvering av fastleger, slik at man unngår innleggelse.

3. Et tredje viktig innsatsområde er kvaliteten på dokumentasjon slik at viktige observasjoner og tiltak blir dokumentert.
4. TILT (Tidlig identifisering av livstruende tilstander) skal kunne anvendes som metode. Metoden skal implementeres i hjemmesykepleien i løpet av 2017. TILT er et hjelpemiddel til å bedømme vitale funksjoner og skal brukes av medarbeiderne for å identifisere potensielle risikobrukere. Metoden bidrar til å gi en objektiv og strukturert vurdering av brukernes helsesituasjon og gi et bedre grunnlag for å vurdere rett behandling. Opplæring skal bli gitt både som E-læring og kollegaveiledning på arbeidsplassen og det skal kjøpes inn akuttsekker til alle tjenestebilene.

Rullerende basiskompetanseprogram for alle ansatte i hjemmesykepleien skal også fungere som introduksjonsprogram for nyansatte og dokumenteres i sjekklister.

4.3.3 Opplæring av fagkoordinatorer og tjenesteansvarlige

I ny struktur skal det opprettes en stilling som fagutvikler og 10 stillinger som fagkoordinatorer. Fagkoordinatorene vil få en nøkkelrolle i arbeidet med økt koordinering av tjenestene og implementering av faglige prosedyrer og vurdering av brukers behov for tjenester. For å sikre en ønsket utvikling vil man etablere;

- Månedlige møter med fagkoordinatorene hvor rolleavklaringer, fagutvikling og kunnskap om virksomhetens arbeidsmåter og rutiner vil stå sentralt.

Strategi og tiltaksplan

- Samlinger for tjenesteansvarlige sykepleiere hvor det fokuseres på hvordan rollen skal utøves blant annet for å sikre nødvendig kontinuitet og faglig oppfølging av den enkelte bruker.

4.3.4 Riktig kompetansesammensetning

For å oppnå overordnede målsettinger for tjenesteutviklingen vil det være behov for en sterkere tverrfaglig innsats. Behovet for å tilsette andre faggrupper enn de tradisjonelle i hjemmebaserte tjenester må vurderes og nødvendig kompetansebehov må avklares, utvikles og mobiliseres på tvers av avdelingsnivå.

På kort sikt er det et mål å øke sykepleier bemanningen til ca. 50% for å sikre god faglig oppfølging og forsvarlig sykepleierbemanning ved fravær og i ferier. Fremover må det forventes større utfordringer med rekruttering, og sykepleierens rolle og funksjon bør derfor evalueres og behovet for nødvendig sykepleierbemanning vurderes på nytt.

Ved vakanser og opprettelse av nye stillinger skal behovet for endringer i kompetansesammensetningen vurderes. I alle nyansettelser skal kvalifikasjonskrav vurderes.

4.3.5 Kompetansemål for de ulike yrkesgruppene

Felles for alle yrkesgrupper skal være at det til enhver tid er tydelige stillingsbeskrivelser og at disse evalueres ved behov. I tillegg skal det konkretiseres kompetansemål for følgende grupper:

- Fagkoordinatorer
- Tjenesteansvarlige
- Sykepleiere
- Fagarbeidere
- Assistenter

I motsetning til andre bransjer er det kultur i helsetjenestene at sykepleierne gjør mange av de samme oppgavene som andre yrkesgrupper. For å kunne utnytte sykepleiernes faglige kompetanse godt og effektivt nok er det viktig å vurdere om sykepleierne i større grad skal fokusere på «sykepleieroppgaver» og oppfølging av de aller dårligste brukerne. Kompetansemål for andre yrkesgrupper må sees i lys av denne vurderingen.

4.3.6 Videreutdanning

Det skal settes et konkret mål for behovet for geriatrisk vurderingskompetanse og formell videreutdanning i avansert geriatrisk sykepleie. Det vises her til tilskuddsordning via helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/nyheter/nytt-tilskudd-for-kommuner-til-mastergrad-i-avansert-klinisk-sykepleie>

I den grad assistenter skal ha en funksjon i hjemmesykepleien skal de sikres et minimum av opplæring samtidig som deres utøvelse av helsetjenester begrenses til de oppgaver og pasientgrupper det er forsvarlig å benytte assistenter til. Et minimum av opplæring skal være kurs i legemiddelhåndtering og gjennomføring av basisopplæring innen 6 mnd. Assistenter som viser seg egnet til å arbeide i tjenesten bør gis en mulighet til å gjennomføre et forpliktende utdanningsløp for å bli fagarbeidere. Forventningen om et slikt utdanningsløp skal avklares med den enkelte ansatte allerede ved inngåelse av arbeidsforholdet. Unntak bør begrunnes særskilt, men kan eksempelvis være ansatte under formell utdanning og/eller sommervikarer. Alternativt bør man avvike/avklare arbeidsforholdet så snart som mulig i henhold til Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Søknad om tilskudd er en ordning som videreføres i regi av

Strategi og tiltaksplan

helsedirektoratet og søknader for den enkelte assistent må være inne før 1 mars hvert år.
<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>.

2.5.6 Ressurspersonordningen

Viktige satsningsområder som etikk, mestring, ernæring etc. er i dag delegert medarbeidere gjennom ressurspersonordningen. Da erfaringen viser at kunnskapen ikke alltid forvaltes godt nok i ansattgruppen skal denne ordningen evalueres og det skal konkret vurderes om deler av disse områdene skal tillegges andre, eks vis fagkoordinatorer eller tjenestearsvarlige.

4.4 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING

Kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby lovpålagte tjenester.

Ved behov er det viktig at det gjøres en tverrfaglig kartlegging av brukeres funksjonsnivå som grunnlag for tiltak. Kartleggingen må avklare opplæringsbehov og hva som trengs av hjelpemidler. Dette er særlig viktig i første fase av et forløp.

I ny organisering er det nødvendig å utarbeide ny møtestruktur for samarbeidende helsepersonell som eks vis fastleger, KØH, psykiatrisk sykepleiere, fysio- ergoterapeuter, etc. Det blir også viktig å opprettholde en god relasjonen og et godt samarbeid mellom tjenestekontoret, innsatsteam og hjemmesykepleien. Hensiktsmessige samarbeidsarenaer og møtestrukturer må ivaretas og det må også utvikles gode modeller for samhandling med ambulans KØH.

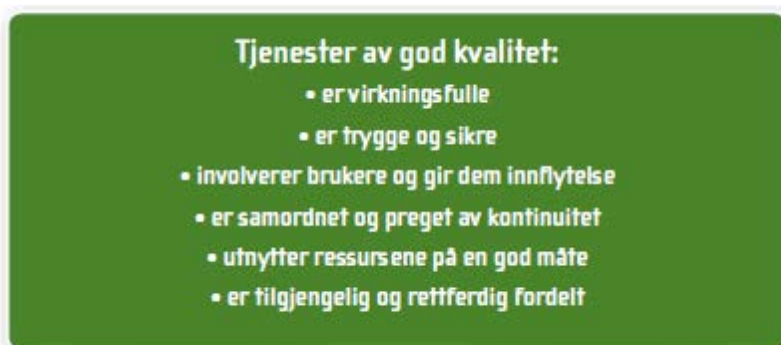
Det blir særlig viktig å finne fram til bedre samarbeidsformer med fastlegene. Regelmessig avstemming av legemidler og avklaring av konkrete oppfølgings- og behandlingsplaner for sårbare og utsatte brukergrupper er to sentrale områder for forbedring. Et alternativ kan også være å vurdere en modell med hjemmesykepleielege som alternativ til fastlegeordningen.

All samhandling og kommunikasjon med brukeren skal reflektere «det gode menneskemøtet» og rehabiliteringstankegang skal fortsatt være en grunnleggende tilnærming og arbeidsform overfor alle innbyggere som har behov for tjenester. Konkret skal tilnærmingen endres fra: «Hva kan vi hjelpe deg med?» Til: «Hva er viktig for deg? Hva kan du gjøre selv?». Som tiltak i denne sammenhengen skal alle nye mestringskontakter gjennomføre hospiteringsløp i innsatsteamet og delta i regelmessige oppfølgingsmøter sammen med innsatsteamet. En avdelingsleder skal ha et særlig fokus på mestring, og skal delta på alle samlingene med alle mestringskontaktene. Denne lederen skal også være bindeleddet mellom alle avdelingene og skal sørge for at alle avdelingsledere jobber med mestring i egne avdelinger. Ordningen med «fokusbruker» skal videreføres og innsatsteamet trekkes inn ved behov og særlig i de konkrete overgangene mellom aktuelle deltjenester.

Gjennom gode pasientforløp skal rutiner for pasientinformasjon ved overganger mellom tjenester internt i kommunen og Sørlandet sykehus HF videreutvikles.

Strategi og tiltaksplan

4.5 KVALITET PÅ TJENESTENE



4.5.1 Gode pasientforløp

Gode pasientforløp er en kvalitetsreform med mål om å få til en mer systematisk og målrettet oppfølging med en retningsendring fra «Hva kan jeg hjelpe deg med?» til «Hva er viktig for deg?» og «Hva kan du gjøre selv?». Nye rutiner og sjekklister har som mål å få til en venstreforskyving av tjenesten, mot mer forebygging og tidligere oppdagelse av forverring og risikoområder, forhindre unødvendige innleggelse og gi bedre brukerforløp internt og eksternt. Arbeidsmetodikken sikrer en mer systematisk og målrettet oppfølging av den enkelte bruker og slik at det som bør og skal gjøres, blir gjort. Det er blant annet utviklet overføringsrutiner, innkomst og halvårlige kartlegginger for å nærme seg riktig tjeneste til rett tid med brukerfokus. Ernæring og fall er identifisert som to særlige risikoområder og prosedyrer for oppfølging av disse områdene skal implementeres i alle avdelinger.

Hovedmål:

«Vi ønsker å utvikle en forebyggende og kvalitativt god tjeneste hvor bruker- og pårørendeinvolvering står sentralt slik at vi kan unngå unødvendige innleggelse og sikre at brukerne kan leve best mulig og lengst mulig i eget hjem.»

Gode pasientforløp er pilotert i en avdeling i hjemmesykepleien i 2016 og skal implementeres som arbeidsmetodikk i alle avdelingene i 2017. Forutsetningene for implementering vurderes å være til stede når ansettelsene av fagkoordinatorene er på plass i ny struktur sammen med økt bemanning. I tillegg må det legges til rette for frikjøp av ressurser til å delta i tverrfaglig utviklingsarbeid gjennom forbedringsteam i hjemmesykepleien, arbeidsgrupper på tvers av enheter i Helse og Levekår og læringsnettverk i Gode pasientforløp for kommuner på Agder sammen med SSHF.

Gode pasientforløp krever felles mål for pasienten og kartlegging av hva som er viktig for den enkelte. Her må alle aktuelle samarbeidspartnere gå sammen for en avklaring. Fagansvarlige skal ved behov ta initiativ til samarbeidsmøter med aktuelle samarbeidspartnere omkring aktuelle brukere, hvor holdningen skal være: «Ser du noe så gjør noe med det».

For å utvikle bedre styrings- og kvalitetsdata skal det utvikles og prøves ut indikatorer som gjenspeiler kvalitet og kommunens målsettinger for helse- og omsorgstjenester.

Noen reinnleggelse skal evalueres for å identifisere mulige forbedringstiltak.

Strategi og tiltaksplan

4.5.2 Tiltakspakke demens

Det er behov for tidlig innsats og god oppfølging av hjemmeboende brukere med demens. Det skal derfor arbeides videre med å implementere «Tiltakspakke demens» som er et verktøy for kartlegging av demenssykdom og tilbud om regelmessige oppfølgingsamtaler og vurderingsbesøk. Tiltaket vil sikre en kvalitativt god og systematisk oppfølging av denne brukergruppen og vil ha en viktig forebyggende effekt. «Tiltakspakke demens» er foreløpig implementert i en sone i hjemmesykepleien og i omsorgsboligene med base i løpet av høsten 2016. «Tiltakspakke demens» skal implementeres i alle avdelingene i hjemmesykepleien i løpet av 2017.

4.5.3 Systematisk kvalitetsarbeid

«En bærekraftig hjemmesykepleie av god kvalitet sikres ved hjelp av omstilling av omsorgstjenesten, som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder, ny faglig tilnærming og effektiv bruk av ny velferdsteknologi»

(Meld. St 29, 2012-2013⁷)

For å sikre et systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er det opprettet to forbedringsteam i kommunene hvor ett inkluderer hjemmesykepleien og tjenestekontor. Teamet er tverrfaglig sammensatt og er godt lederforankret. Forbedringsteamet for hjemmesykepleien skal fremover sikre videre implementering, samt innhente og vurdere informasjon knyttet til risiko, sårbarhet, uønskede hendelser og andre mangler som grunnlag for å treffe forbedringstiltak.

4.6 FRIVILLIGHET

De siste to årene har Arendal kommune gjennom nettverket «Med hjerte for Arendal», fått til en av de mest vellykkede plattformene for samskaping mellom offentlig og frivillig sektor i Norge. Dette er et nettverk som består av mer enn 100 frivillige organisasjoner i Arendal og har høstet både nasjonal og internasjonal anerkjennelse⁸. Hjemmesykepleien har hatt nært samarbeid med dagsenter og en del frivillige, men så langt har ikke tjenesten fått etablert en arbeidsform som klarer å benytte ressursene i nettverket «Med hjerte for Arendal» på en god nok måte.

Det er et mål å få til en arbeidsform som kan ta ut mer av potensialet dette gir for samskaping i tett dialog mellom ansatte, brukere, pårørende og frivillige slik at alle som ønsker det skal oppleve sterkere tilhørighet og opplevelse av å være innenfor, og ikke utenfor! Satsning på Gode pasientforløp vil være et tiltak i denne sammenhengen ettersom denne arbeidsmetodikken vil sikre nettverkskartlegging og sette samspill og samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere i system. Betydningen av pårørendearbeid skal i denne sammenhengen vektlegges.

Miljøvertene skal fortsette sin rolle som frivillighetskontakter i bemannede omsorgsboliger og inngå i et nettverk for å rekruttere, beholde og følge opp frivillige. Målet skal være å legge til rette for et tilbud av aktiviteter tilpasset brukernes behov gjennom samspill med brukere, nærmiljø og frivillige.

Strategi og tiltaksplan

Frivilligsentralene og miljøvertene har i dag åpne aktivitetstilbud som flere hjemmeboende kunne nyttiggjort seg av, men «koden må knekkes» for hvordan tilbud når fram til de ensomme eldre. Det er viktig at det fremover testes ut mulige modeller med mål om å forebygge ensomhet blant hjemmeboende eldre. Mulighetene for å videreføre en modell i drift og som nå er i prosjekt skal vurderes:

Helsedirektoratet har gitt støtte til pilotprosjektet «sammen inn i felleskap og aktivitet» for siste halvår 2016. Pilotprosjektet utføres i samarbeid «Med hjertet for Arendal», Tyholmen Frivilligsentral og Hisøy Frivilligsentral. Ett av tiltakene er å følge eldre som har isolert seg, ved at hjemmehjelpere gjennomfører tre følgeoppdrag med brukere i målgruppen slik at de får en hjelp i oppstarten av en aktivitet med en person de kjenner godt fra før. Målet er at ny aktivitet og nytt felleskap skal bli en fast del av brukerens hverdag.

4.7 UTSTYR OG TEKNOLOGI

Velferdsteknologi kan være et av flere tiltak for å møte dagens og morgendagens helse- og omsorgsutfordringer, og målet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i Arendal kommune innen 2020.

Velferdsteknologi deles inn i fire hovedområder:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi: kan bidra til at brukere opplever trygghet og mestring. Eksempler kan være: trygghetsalarm, fallsensor, dørsensor, sengesensor, bolialarm for brann/innbrudd/vannlekkasje, og tilsvarende teknologi brukt på institusjon
- Kompensasjon- og velværeteknologi: kan være tekniske hjelpemidler. Eksempler kan være: elektriske rullestoler, omgivelseskontroll, robotassistanse, spillteknologi og klimakontroll.
- Teknologi for sosial kontakt: Teknologi som kan gjøre det lettere å komme i kontakt med andre. Eksempel: videokommunikasjon via nettbrett/PC
- Teknologi for behandling og pleie: kommunikasjons/varslingsystemer, sensorer for helseinformasjon og samhandlingsverktøy

Velferdsteknologi skal ikke erstatte «varme hender», men være ett supplement til tjenesten, og ta utgangspunkt i den enkeltes hjelpebehov.

Ved bruk av velferdsteknologiske løsninger skal:

- Brukere oppleve trygghet og større egenmestring i sin hverdag der de bor
- Gi bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestene

Riktig bruk av velferdsteknologi gir mange muligheter, og har et stort potensiale for gode resultater både for brukere, ansatte og administrasjon. Velferdsteknologi vil kunne gi brukerne økt livskvalitet og samtidig modernisere kommunens tjenester gjennom økt effektivitet og bedre ressursutnyttelse. Velferdsteknologi kan også bidra til å utsette, eller redusere, den enkeltes behov for personbaserte tjenester fra kommunen og ivareta faglig kvalitet i tjenesteytingen.

Strategi og tiltaksplan

Arendal kommune er med i flere prosjekter som omhandler velferdsteknologi. Ett av disse er et regionalt prosjekt om «Responssentertjeneste og felles anskaffelse av trygghets- og varslingsteknologi». Dette går ut på å etablere en kommunal responscenter, samt hjelpe kommunene med å gå fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Utskiftningen fra analoge til digitale trygghetsalarmer vil gjøre det mulig å ta i bruk ny trygghetsskapende teknologi som kan bidra til at brukerne kan bo lengre i eget hjem til tross for sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Arendal kommune vil med dette få muligheter til å anskaffe mer digital teknologi til hjemmebaserte tjenester gjennom rammeavtaler som prosjektet oppretter. Disse rammeavtalene vil bli klare i løpet av 2017.

Det er generelt stor forventning til mulighetsrommet som velferdsteknologi og trygghetsteknologi representerer, men markedet er fremdeles i stor grad i en utviklingsfase. Det finnes mange uavhengige systemer som hver for seg kan gjøre hverdagen enklere for eldre (og yngre) hjemmeboende, men det har vært utfordrende å få slike løsninger integrert i pleie- og journalsystemer. Det er først når vi får til dette, at den store gevinsten vil kunne realiseres. Frem til da vil enkelte systemer måtte eksistere parallelt med kommunens egne systemer. Med deltakelse i det regionale responscenterprosjektet kan det forhåpentligvis komme løsninger på noen av disse utfordringene.

4.8 TILTAK I 2017

Enhet Hjemmebaserte tjenester foreslås styrket med kr. 16 520 mill., og satsning vil være:

- Øke antall årsverk i hjemmebaserte tjenester
- Gode pasientforløp, styrke faglig innsats – kognitiv svikt, fall, ernæring
- Styrke bemanning omsorgsboliger – øke dagens terskel for tildeling
- Indeksregulering leverandøraftale BPA
- Nye vedtak rettighetsfestet BPA
- Oppfølging politisk vedtak om å opprettholde våkne nattevakter ved Bjorbekktunet og Margaretstiftelsen
- Dekke redusert leieinntekt av husleie ved Bjorbekktunet som følge av omgjøring av leilighet til aktivitetsrom/stue for brukere med demens
- Vurdere ytterligere styrking av budsjettet i planperioden hvis styringstall viser at behov for tjenester i hjemmesykepleien og i omsorgsbolig fortsetter å øke som følge av demografi, eller som konsekvens av endringer i institusjonsplasser.

Strateginotatet skal konkretiseres ytterligere gjennom enhetens virksomhetsplan og aktivitetsplan.

Strategi og tiltaksplan

5 REFERANSER

¹ Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

² [Kommuneplan 2011-2021](#)

³ Vifladt, E.H., Hopen L. & Berg K.A. (2004). Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Helsepedagogikk: *Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

⁴ Fuggeli, P. (2014). *En lesebok*, Universitetsforlaget.

⁵ [Plan for helse og levekår 2015-2030 - Lengre forløp.](#)

⁶ PwC (2015): Ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Betydningen av organisering, ledelse og kultur. Hentet fra: <https://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/ressursbruk-pleie-og-omsorgssektoren.pdf>

⁷ Meld.St. 29(2012-2013). Morgendagens omsorg. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

⁸ Guribye, E. (2016). Mot 'Kommune 3.0'? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal. Fou-Rapport 2016. Agderforskning.