



UTREDNING OM FRAMTIDENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Delutredning 2 HJEMMETJENESTER

DELTAKERE I ARBEIDSGRUPPA:

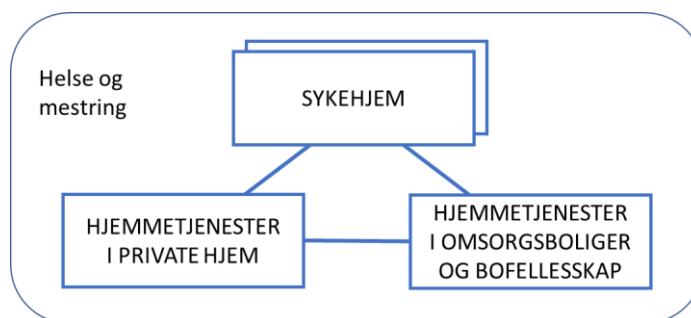
- Siv-Janne Klufthaugen – seksjonsleder hjemmetjenesten
- Inger Johanne Rønning – HTV Sykepleierforbundet
- Vivi Børresen – Rehabilitering
- Siri Kleiven – TV Fagforbundet
- Mai-Britt Stubberudlien – TV Fagforbundet
- Inger Ellen Walhovd – enhetsleder Helse og mestring
- Ole Edgar Sveen – gruppeleder

Denne utredningen er en av seks delutredninger med forslag til effektiviseringstiltak, omstillinger, endringer og nedtak med konsekvensvurderinger.

Utredningene har overskriftene: 1) Sykehjem, 2) Hjemmetjenester, 3) Omsorgsboliger, 4) Dagsentra, 5) Bofellesskap med betjening og 6) Flatavegen 6.

INNLEDNING

SAMMENHENG: Helse- og omsorgstjenestene henger sammen på en slik måte at endringer i tjenesteytingen eller organiseringen i *en* tjeneste, påvirker en eller flere *andre* tjenester. Figuren illustrerer dette innenfor enheten Helse og mestring hvor spesielt sykehjemmene og hjemmetjenesten er gjensidig avhengige av hverandre gjennom et tett samarbeid hvor pasientforløpene går fra den ene til den andre, en eller flere ganger, i løpet av kortere eller lengre tid. Avhengig av pasientens funksjonsnivå og situasjon ellers, kommer andre tjenester inn i alle delene av pasientforløpet. Når kapasiteten reduseres/endres ett sted, gir det konsekvenser et annet sted.



FOREBYGGING: Ett av de viktigste virkemidlene for å møte morgendagens utfordringer, er å dreie tjenesten fra i hovedsak å være kompenserende og behandlende til bli forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende. Tradisjonelt brukes det mest tid på behandlende og lindrende



sykepleie, altså kompenserende pleie, dvs. at man kommer inn *etter* at noe har skjedd. Vi skal fortsatt behandle og lindre, men det er viktig for pasientens mestring og egenomsorg at han/hun i størst mulig grad blir

rehabiliteret til å klare seg selv – til å mestre hverdagen og livet sitt. Vi vil også komme i dialog med personer i risikogrupper på et tidlig tidspunkt, eksempelvis gjennom forebyggende hjemmebesøk, slik at vi kan forebygge faktorer som forverrer helsen og reduserer personens funksjonsnivå.

HJEMMETJENESTER: Det har vært et mål både for Staten, gjennom mange stortingsmeldinger, og for kommunen, gjennom vedtatte strategiplaner, å vri tjenesten fra institusjonsdrift til hjemmetjenester. De fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig, forutsett at de kan føle seg trygge. For å få til dette må innbyggerne planlegge alderdommen sin i god tid før de blir for skrøpelige til å klare å bo i en dårlig tilrettelagt bolig. Dette er nok det viktigste budskapet en kan gi en aldrende befolkning.

Definisjon av noen begreper innenfor Helse og mestring:

Enhet	Enheten Helse og mestring
Seksjon	De tre seksjonene er: Follebutunet, Forsettunet og Hjemmetjenesten
Intermediær	Den plassen vi har i Intermediæravdelingen på Lillehammer helsehus for pasienter som utskrives fra sykehus, men som er for dårlige til å legges inn i en vanlig sykehjemsavdeling.
Ruter / kjøreruter i hjemmetjenesten	Hver ansatt på jobb har sin kjørerute som består av et bestemt antall pasienter innenfor et geografisk område. Sykepleiere må kjøre på tvers av flere ruter. På kveldsvakt er det færre ruter (større område for hver rute). På nattvakt er det enten to sykepleiere eller en sykepleier og en helsefagarbeider på vakt i hele kommunen. Sykepleieren har i tillegg ansvaret for de to sykehjemmene.
HDO, heldøgns omsorg	SSB (KOSTRA) kaller det «heldøgns bemanning» og har en relativt streng definisjon av begrepet (bemanning til stede i bygningen hele døgnet), mens Helse- og omsorgsdepartementet og KS bruker begrepet «heldøgns tjenester» som betyr at du har «HDO» så lenge du har mulighet til å skaffe hjelp innen rimelig tid, uavhengig av hvor du bor.
Dekningsgrad HDO	Antall plasser med HDO i forhold til antall innbyggere over 80 år. (HDO = sykehjemsplasser og omsorgsbolig med heldøgns bemanning.)

Fakta i tall

PLASSER, TJENESTEMOTTAKERE OG DEKNINGSGRAD	Ant.	Ant.	Sum
Antall sykehjemsplasser før 2020 – inkl. intermedieærplassen	69		
Antall sykehjemsplasser etter 20.1.2020 – inkl. intermedieærplassen	63		
Sykehjem			
Intermedieærplass på Helsehuset			1
- Follebutunet 3. etasje (gammel del 10 plasser – ny del 8 plasser)		18	
- Follebutunet 2. etasje (gammel del 7 plasser – ny del 8 plasser)		15	
- Spesialrom i 2. etasje – ikke i daglig bruk	4		
FOLLEBUTUNET – i bruk i dag			33
- Forsettunet Oppe/Avd. I (1. etasje 8 plasser – 2. etasje 6 plasser)		14	
- Forsettunet Nede/Avd. II (Øvre 7 plasser – Nedre 8 plasser)		15	
- Rom som ikke er i bruk i Avd. II, Søre	6		
FORSETTUNET – i bruk i dag			29
SYKEHJEMSPASSER – til sammen i dag			63
Omsorgsboliger			
- Bofellesskap Follebu		10	
- Bofellesskap Forset		8	
- Omsorgsboliger som en del av bygningsmassen ved Follebutunet		18	
Antall omsorgsboliger/bofellesskap med mulighet for HDO (heldøgns tilsyn/omsorg)	36		
Det gir totalt antall plasser med mulighet for HDO (i sykehjem og omsorgsboliger)	99		
- Omsorgsboliger som selvstendige bygninger ved Follebutunet		3	
- Omsorgsboliger som selvstendige bygninger ved Forsettunet		8	
- Omsorgsboliger i Forset (ved Handelsforeningen)		3	
Antall omsorgsboliger som selvstendige/frittstående bygg	14		
Antall omsorgsboliger og bofellesskap totalt			50
Antall plasser som omsorgstjenesten disponerer totalt			113
Dekningsgrad			
HDO-plasser rapportert til SSB når HDO kun = sykehjem (ant. og prosent)	63	17 %	
Antall omsorgsboliger/bofellesskap med mulighet for HDO (heldøgns tilsyn/omsorg)	36		
Det gir et totalt antall plasser med mulighet for HDO	99		
Dekningsgrad HDO = sykehjem og oms.-boliger hvis muligheten over er til stede	26 %		
Tilsvarende dekningsgrad i kommunegruppe 11 (kun sykehjem) og i Norge (HDO)		17,9	16 %
Antall pasienter i hjemmetjenesten			
- Praktisk bistand (de fleste av disse har også helsehjelp)		99	
- Helsehjelp / hjemmesykepleie		203	
Antall pasienter i hjemmetjenesten i gjennomsnitt siste året			275
Antall trygghetsalarmer (de fleste med røykvarsler) (per des. 2019)			134

Antall ansatte – årsverk og personer

STED	Årsv.	Pers.	STED	Årsv.	Pers.
HELSE OG MESTRING	112	172	HABILITERING	31	50
Hjemmetjenesten	34	55	Flatland	10,6	18
Follebutunet (pleiepersonell)	29	40	Aktivitetssenteret (ved Flatland)	3,8	5
Forsettunet (pleiepersonell)	29	46	Bjørkvin	8,8	15
Institusjonsskjøkkenet	6,2	10	Heggelia	4,9	8
Dagsenter, sykehjemslege, demens-koordinator, tildeling, renhold, osv.	13,7	21	Saksbehandlere og Krysset gjenbruk	3	4
REHABILITERING/LEGETJENESTER	34,1	44			
Fysio-/ergoterapeuter	3,4	4	Dagsenter, psykolog, kreftkoordinator, friskliv, merkantil	8,2	13
Psykisk helse og rus og Flatavegen 2	11,7	15	Legetjenesten (legesenteret)	10,8	12

- Tallene her kan variere noe over tid, men gir en pekepinn på størrelsen på enhetene/avdelingene.

A. BRUKERGRUPPER

HELSETJENESTER I HJEMMET / HJEMMESYKEPLEIE:

Hjemmesykepleien gir pleie og omsorg til syke og funksjonshemmede i eget hjem.

Hjemmesykepleien skal bidra til at innbyggerne i Gausdal kan bo hjemme så lenge som mulig. Målet er at de som mottar tjenesten skal bli mest mulig selvhjulpne. Hjemmesykepleie er en tjeneste som ytes 24 timer i døgnet.

Etter brukers behov kan hjemmesykepleien bidra med forebyggende tiltak, rådgivning, rehabilitering og pleie i alle livets faser. Hjemmesykepleie kan omfatte:

- Rehabilitering og hverdagsrehabilitering
- Forebygging
- Hjelp i spisesituasjon
- Personlig stell
- Tilsyn / telefonoppfølging
- Sårbehandling
- Administrering av medisiner
- Prøver (skal normalt gjøres hos fastlegen)
- Observasjoner
- Oppfølging av psykisk helse
- Omsorg ved livets slutt
- Veiledning, kartlegging
- Velferdsteknologi

Tildeling av hjemmesykepleie vurderes med utgangspunkt i kartlegging av funksjonsnivå (IPLOS), hvor vi legger vesentlig vekt på evne til å ivareta og egenomsorg og helsetilstand.

I samarbeid med sykehuset kan hjemmetjenesten (for en periode) være med og drifte såkalt Hjemmesykehus («Hospital@Home»). Det innebærer behandling og oppfølging i hjemmet for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette kan gjøres under veiledning av personell fra sykehuset og/eller ved bruk av moderne teknologi. Opplegget gir høy pasienttilfredshet, men er ressurskrevende for tjenesten, og tjenesten ytes bare i spesielle tilfeller.

PRAKTISK BISTAND / HJEMMEHJELP:

Praktisk bistand (hjemmehjelp) kan tildeles den som er helt avhengig av praktisk bistand eller opplæring for å ivareta dagliglivets gjøremål. Målet er å legge til rette for egenomsorg og legge til rette for at bruker kan bo hjemme.

Praktisk bistand kan omfatte:

- Hjelp til måltider
- Nødvendig renhold av rom i daglig bruk
- Hjelp til å bestille varer og tjenester
- Hjelp til klesvask og skift av sengetøy

Tildeling av praktisk bistand vurderes med utgangspunkt i kartlegging av funksjonsnivå (IPLOS), hvor det legges vesentlig vekt på evne til å ivareta husholdfunksjoner og egenomsorg. Ved tildeling av praktisk bistand tas det hensyn til husstandens samlede situasjon.

OM DEFINISJONEN AV HJEMMETJENESTER:

Hjemmetjenester omhandler alt som *ikke* er institusjonstjenester. Om tjenestemottakeren bor i et bofellesskap, en omsorgsbolig eller i eget hjem går slik sett ut på det samme. Beboerne i boliger for psykisk utviklingshemmede, Habilitering, som har fast betjening i boligen, har også per definisjon hjemmetjenester. Men i *denne* utredningen handler hjemmetjenester om de som er tilknyttet Helse og mestring (pleie og omsorgstjenestene).

B. KOMMUNENS ROLLE OG ANSVAR

Kommunen har ansvar for å yte tjenester iht. helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 3:

§ 3-1. **Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester**

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

§ 3-2. **Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester**

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.
7. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier.

Det er i stor grad § 3-2, nr. 6 og 7 som dekker det som forbindes med pleie- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenesten skal også drive forebyggende arbeid i form av råd og veiledning:

§ 3-3. **Helsefremmende og forebyggende arbeid**

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. (...)

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-6. **Kommunens ansvar overfor pårørende**

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av:

1. opplæring og veiledning
2. avlastningstiltak
3. omsorgsstønad

Loven pålegger kommunen å tilby de nevnte tjenestene, men ikke i hvilket omfang eller hvordan de skal organiseres. Dette er det opp til kommunen selv å vurdere og beslutte. Loven pålegger likevel kommunen å yte *forsvarlige* tjenester og forsvarlighet defineres i den samme loven slik:

§ 4-1. **Forsvarlighet**

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Lokal forskrift

Den lokale forskriften (som alle kommunene ble pålagt å lage i 2017 og som er lik for de fleste kommuner) gjelder primært saksbehandlingen ved vurdering av sykehjemsplass, men punktene i forskriften viser hvilke vurderingen som legges til grunn for tildeling av alle helse- og omsorgstjenester.

Forskrift om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester - kriterier og ventelister, Gausdal kommune, av 1.7.2017, beskriver kommunens ansvar og kriterier for tildeling av tjenester slik:

Kapittel 2. Vurderingsmomenter for tildeling av langtidsopphold

§ 6. Momenter som skal inngå i vurdering av tildeling (...)

Kommunen bruker lavest effektive omsorgsnivå (LEON) som prinsipp ved tildeling av tjenester og tiltak. Tjenester på lavere nivå skal som hovedregel være forsøkt før tildeling av langtidsplass.

Saksbehandling av søknad om langtidsopphold skal være helhetlig og individuell med fokus på følgende punkter:

1. *Helsetilstand*
 - a) *hvor omfattende behovet for helse- og omsorgstjenester er,*
 - b) *varigheten av hjelpebehovet,*
 - c) *om det er nødvendig med tjenester, tilsyn eller tilstedeværelse gjennom hele døgnet eller med korte mellomrom,*
 - d) *hvilken type helsetjenester det er behov for,*
 - e) *pasientens mulighet/evne til å tilkalle hjelp.*
2. *Kognitiv svikt*
Nevropsykologiske utredninger (MMSE-NR2, Cornell, mv.).
3. *Evne til egenomsorg*
ADL-score.
4. *Boforhold*
Nærhet til tjenestene.
5. *Nettverket og dets omsorgsevne.*

Etter en helhetlig og individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering innvilges langtidsopphold i institusjon når:

1. *Det er behov for langvarige helse- og omsorgstjenester gjennom hele døgnet, der andre aktuelle tjenester har vært forsøkt uten å dekke nødvendig og forsvarlig behov for helse- og omsorgstjenester.*
2. *Det ikke er sannsynlig at pasienten kan overføres til et lavere omsorgsnivå.*

Ut over helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om tildeling av langtidsopphold, gir også pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, folkehelseloven og forvaltningsloven føringer for saksbehandling og tjenesteyting.

Historisk om kommunens rolle ¹

På 1970-tallet ble det satt i gang i storstilt utbygging av sykehjem («aldershjem», «pleiehjem») i Norge. (Etter Sykehusloven 1970.) Ut over 80-tallet ble sykehjemsdekningen så god at relativt friske eldre fikk plass der. Sykehjemmene ble eldreboliger framfor helseinstitusjoner. På 90-tallet ble det gitt statlige insentiver til å bygge omsorgsboliger og der ble også tilbudet større enn etterspørselen, slik at kommuner lyste ut ledige boliger for å få inn beboere som kunne betale husleie. Kommunene overtok dermed mye av ansvaret for å huse eldre og det dannet seg en oppfatning i befolkningen om at kommunen skulle stille opp når den enkelte ikke lenger (syntes han/hun) kunne bo i sin egen bolig.

Etter hvert som folk blir eldre, flere sykdommer behandles og sykehusene skriver ut pasientene tidligere i forløpet, blir trykket på de kommunale helse- og omsorgstjenestene så stort at man må heve terskelen for å få boliger og for å få tjenester. Tjenestetilbudet må legges om. Den enkelte innbygger må i større grad ta ansvar for seg selv.

Med nye muligheter (bedre boliger, teknologi, etc.) og endrede holdninger i befolkningen, er det nå et ønske fra folk flest om å bo og klare seg lengst mulig i eget hjem. Helse- og omsorgstjenesten må dermed legges om, fra at pasienter kommer til tjenesten (legges inn), til at tjenesten kommer til pasientene i deres eget hjem – fra institusjonsdrift til hjemmetjenester. («Hospital at Home», «Sykehjem i hjemmet».) Mer kunnskap i befolkningen, en generelt sprekere eldregruppe, og eldres evne og muligheter til å ta i bruk ny teknologi, gjør at flere klarer seg selv i eget hjem til stross for sykdom og funksjonsnedsettelse.

Når tjenestene nå har lavere økonomiske rammer, strammes skruen ytterligere til. Det betyr at alle så tidlig som mulig, må planlegge og legge til rette for å kunne bo i eget hjem, også med funksjonsnedsettelse. Kommunen har ikke ressurser til å gjøre alt som kunne vært ønskelig og må i større grad involvere pårørende (pasientens nettverk) og frivillige (organisasjoner, naboer, e.a.).

KS skriver i *Eldreomsorg er mer enn sykehjems plass* (KS.no 2019): «Omsorgstrappen» består av mange ulike typer tjenester og tiltakskjeder i kommunen. Tankegangen bygger på en erkjennelse av at mennesker med behov for omsorgstjenester ikke er like og at tilbudet må baseres på en individuell vurdering. Likevel er heldøgns-botilbudet (HDO) til eldre 50 prosent høyere i Norge enn i resten av Norden. Flere sykehjemsplasser gir ikke nødvendigvis bedre eldreomsorg. Ny teknologi og gode hjemmetjenester gjør at flere kan bo hjemme lenger, slik de ønsker. Sentrumsnære boliger for eldre og utbedring av eksisterende bolig med hjelpemidler reduserer behovet for bygging i kommunal regi.

¹ Dept.: Omsorg 2020; Dept.: Rom for omsorg, 2016; Otterstad: Historisk blick på eldrebølgen, 2013; Dåtland: Boliggjøring av eldreomsorgen, 2014; KS/Agenda Kaupang: Heldøgns omsorg, 2016; Telenor.no.

Kommunene satser på hverdagsrehabilitering som tar utgangspunkt i brukernes egne ønsker, eget hjem og nærmiljø. Brukere oppnår bedre utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter.

KS mener at flere sykehjemsplasser ikke nødvendigvis gir bedre eldreomsorg, og at innbyggerne må ta ansvar for seg og sine ved bl.a. å utbedre boligene og legge til rette for alderdommen før de blir skrøpelige. Fra kommunens side er det framtidsrettet å satse på hjemmetjenester, rehabilitering og ny teknologi. Ellers bør det legges til rette for bygging av boliger med livsløpsstandard i sentrale deler av kommunen.

IoT: Vi er i starten av en digital revolusjon med 5G-utbyggingen. Dette nye superraske nettet legger til rette for at alle digitale enheter, «ting», kan kommunisere med hverandre automatisk uten at vi (brukeren) trenger å gjøre noe. Dette «tingenes internett» (forkortes IoT, *Internet of Things*) muliggjør eksempelvis at personer med kroniske sykdommer overvåkes: a) automatisk og kontinuerlig, eller b) ved at brukeren aktivt registrerer og sender data, slik at hjelpeapparatet varles når noe er unormalt. Dette vil gi brukeren trygghet, effektivisere arbeidsprosesser og redusere kostnader i mye større grad enn det vi ser med dagens «relativt umodne» teknologi.

Fra Strategiplanen for 2020-2023: Mulige omstillinger i planperioden:

Utdraget fra strategiplanen gir en oversikt over det som allerede er besluttet gjennomført. Tiltakene vi beskriver i denne utredningen – som allerede står i Strategiplanen – merkes «**S-2020**».

Videre omstilling av helse- og omsorgstjenestene tar utgangspunkt i at folk ønsker å bo lengst mulig hjemme (framfor på institusjon) og mestre livet selv. En fortsatt vridning av ressursinnsatsen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg (jfr. de siste tre års strategiplaner) vil være hovedstrategien for det videre omstillingsarbeidet. Vi må i dette arbeidet se på alternative løsninger for struktur (blant annet nedlegging av sykehjemsplasser / sykehjemsavdelinger), tjenesteinnhold og arbeidsformer innad i helse- og omsorgstjenestene, og strategier/tiltak som styrker kommunens samlede fokus på tidlig innsats, forebyggende arbeid og egenmestring. Videre må bemanningsplaner og arbeidsplaner gjennomgås, slik at vår ressursbruk på helse- og omsorgstjenester blir mer på nivå med hva sammenliknbare kommuner bruker.

- Seks delutredninger igangsatt for å få en grundig gjennomgang og vurdering av framtidens helse- og omsorgstjenester.
- Det må gjennomføres strukturgrep som nedlegging av sykehjemsplasser / sykehjemsavdeling(er).
- Bemanningsplaner og arbeidsplan må gjennomgås, ressursbruken sammenliknes med sammenliknbare kommuner og reduseres deretter.
- Benytte ressurser på tvers av enhetene til pasienter med behov for sammensatte og koordinerte tjenester.
- Benytte velferdsteknologi for å redusere driftskostnader samtidig som kvaliteten på tjenesten øker.
- Slå sammen to vaskerier til ett.
- Kjøpe personaltøy og avskaffe klesgodtgjørelse.
- Gjennomgang av arbeidsoppgaver og rutiner, og samarbeidet mellom de to kjøkkenene, samt redusert åpningstid kafe/kantine.
- Øke timeprisen på praktisk bistand.

C. KAPASITETSBEHOV

Hjemmetjenesten er den eneste kommunale tjenesten som har aktiv vakt «ute i kommunen» hele døgnet alle dagene i året, 24/7/365. De kjører mye og dekker store deler av kommunen hele døgnet. Opp gjennom årene har de oppdaget og avverget brann og reddet folk med alvorlige sykdommer og skader – når alle vi andre ligger og sover.

Hjemmetjenesten er «siste skanse» når problemer oppstår i andre tjenester. Eksempelvis har psykisk helsetjeneste (og de fleste andre tjenestene) arbeidstid kun på dagtid og kun på hverdager. Resten av tiden er det hjemmetjenesten som yter tjenester til pasienten når behov oppstår. Det er i stor grad helger og høytider som kan være vanskelige perioder for mange pasienter. Det er også i helger og høytider at tjenesten er lavest bemannet, så dette kan være utfordrende.

Sykehuset kan ha behov for å skrive ut pasienter på kveldstid og i helger. Det kan være pasienter som både er gamle og skrøpelige, men utskrivningsklare. Når pasientene trenger hjelp til behandling og/eller stell, eller hjelpemidler for å klare seg hjemme, så er det hjemmetjenesten som ordner det.

Men de fleste har heldigvis også pårørende eller en god nabo som stiller opp når det er behov for det. Hjemmetjenesten har tradisjonelt et tett og godt samarbeid med pårørende.

I den vedtatte strategiplanen har kommunestyret besluttet at vi skal gjennomføre strukturgrep som nedleggelse av sykehjemsplasser. Om vi legger ned en sykehjemsavdeling blir ikke pasientene borte, og vi har heller ikke andre steder å overføre dem til – på kort sikt. Men vi ser at vi gjennom mer effektiv drift, gjennom økt satsing på rehabilitering og korttidsopphold, har greid å senke den gjennomsnittlige liggetiden i sykehjemmene. Dermed øker «gjennomstrømningshastigheten» i pasientforløpene – altså flere pasienter behandles på kortere tid – slik at det også blir lettere å frigjøre plasser og dermed legge ned en sykehjemsavdeling. Dette vil likevel ta tid og det vil nok bli snakk om flere måneder.

For å kunne yte tjenester til like mange pasienter som vi gjør i dag, men med færre sykehjemsplasser, må hjemmetjenesten rustes opp. Hjemmetjenesten må i framtiden ha kapasitet til å ta pasienter som i dag ville blitt lagt inn i sykehjem. Det er derfor en mulighet for at den totale ressursbruken vil øke i en overgangsperiode (en pukkel) i oppbyggingsfasen. Nå viser også erfaring at fordi vi har relativt mange sykehjemsplasser kan det av og til framstå som en rask og enkel løsning å legge pasienten inn i sykehjemmet framfor å ruste opp hjemmetjenesten til å pleie pasienten hjemme. Derfor kan vi ikke si at alle sykehjemspasienter faller inn under en bestemt kategori når det gjelder pleietyngde. Hvilke tjenester pasientene får, både hjemme og i sykehjemmet, varierer svært mye.

I Fylkesmannens «Kommunebilder 2020» står det at Gausdal ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder andel av innbyggerne over 80 år som bor på sykehjem:

14,6 prosent av innbyggere som er over 80 år bor på sykehjem, på landsbasis er det 12,1 prosent. Det fremstår derfor som at kommunen bør sette seg inn i nasjonale anbefalinger om å styrke hjemmebaserte tjenester.

Dette vet vi. Omsorgstjenesten i Gausdal er institusjonstung. En godt utbygd hjemmetjeneste bidrar til å hindre eller utsette institusjonsinnleggelse, men så lenge vi har mange sykehjemsplasser vil de

bli brukt. En omlegging til mer vekt på hjemmetjenester har stått beskrevet i Strategiplanen i mange år, men det er først når de økonomiske rammene reduseres at det blir en realitet av det.

KOSTRA-tallene viser at vi har mange pasienter og brukere av hjemmetjenester, men hver pasient/bruker mottar i gjennomsnitt få timer per uke. Vi «smører tynt utover til mange». Statistikken viser også at vi har få pasienter i omsorgsboliger som mottar det vi har definert som heldøgns omsorg (HDO). Populært sier vi at vi har «et hull i omsorgstrappen». Men vi har mange omsorgsboliger, medregnet bofellesskapene disponerer vi totalt 50 boliger. Med bofellesskapene (18 plasser) og de boligene som er bygd fysisk sammen med Follebutunet (18 boliger) har vi 36 boliger som på relativt enkelt vis kan få heldøgns tjenester, HDO. Det er snakk om å installere varslingssystemer og digitalt tilsyn ved hjelp av sensorer og kamera. Alle pasientene i omsorgsboligene har trygghetsalarm som varsler hjemmetjenesten. Pasienter som er uklare og som har en tendens til å ville gå ut uten tilsyn, kan få trygghetsalarm med GPS slik at de kan spores hvis de går seg bort. (Det er ikke lov å låse dørene i omsorgsboliger selv om det både praktisk og sikkerhetsmessig hadde vært en fordel.)

Noen av effektiviseringstiltakene som diskuteres i tjenesten, kan virke relativt små, men til sammen vil tiltakene kunne gi bedre arbeidsflyt og dermed mer effektiv drift. Sparer man et minutt i kjøretid til mange nok pasienter, vil det kunne utgjøre timer i spart tid totalt. All tid vi sparer til systemretta aktiviteter (kjøring, rapportering, osv.) gir mulighet for mer tid til menneskelig kontakt (ansikt til ansikt-tid) med de pasientene som trenger det mest.

Med flere pasienter som trenger mye oppfølging (behandling og pleie) må vi ha flere ansatte (spesielt) på dagvakt i helgene. For å få til dette har noen kommuner gjort forsøk med endrede vakttyper som lagvakter på 14 - 15 timer i helgene. Dette er tiltak som vil ha stor innvirkning på den enkelte medarbeiders arbeidssituasjon. Det er også varierende erfaringer med det, noen liker det både fordi det gir god kontinuitet i arbeidet og fordi det gir færre arbeidshelger totalt. Andre mener de blir mer (for) slitne av å gå så lange vakter. For å dekke helgene kan også hyppigere helgejobbing være en løsning.

I Norge arbeides det mye deltid. Det er to grunner til det: Mange velger å jobbe i omsorgsykker fordi man, avhengig av livssituasjon (små barn, o.a.), kan variere stillingsbrøken sin og i perioder jobbe mer i helger og mindre på ukedagene (FAFO). For arbeidsgiver er mange deltidsstillinger en måte som gjør det mulig å dekke opp nettopp helgevaktene på, i tillegg til at man har en viss «reservekapasitet» med pleiere som kan leies inn på ekstravakter ved sykdom o.a. FAFO-forsker Leif Moland ² uttrykker det populistisk slik, at i omsorgssektoren i Norge har vi heltidsjobbing når om lag 3/4 av de ansatte jobber i 3/4 stilling. Høyere gjennomsnitt enn dette ser det ikke ut til at det går an å få til. I Helse og mestring har vi en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 62 %. Svært få av de ufaglærte går i full stilling, rundt 1/6 av helsefagarbeiderne og 1/3 av sykepleierne har full stilling.

I en del andre land, hvor Finland særlig trekkes fram, arbeider man flere helger, gjerne lange vakter i helgene, men får til gjengjeld bedre betalt for å arbeide søndager (som norsk helligdagstillegg på en vanlig søndag). I Finland arbeider turnusyrkene 2.-hver helg, i Norge 3.-hver eller 4.-hver helg. I Norge arbeider mindre enn 40 % av ansatte i eldreomsorgen fulltid. I Finland arbeider 90 % av de ansatte

² Moland, FAFO: forskningsrapporter og forelesninger i KS-nettverk, jfr. NOU 2008:17, Sykepleien og Fagbladet.

fulltid. Så det ligger en del arbeidskapasitet i at ansatte har høyere stillingsbrøker enn vi gjennomsnittlig har i dag.

Vi har i perioder opp mot 275 pasienter i hjemmetjenesten. Hvis sykehjemsplasser legges ned vil det bli flere hjemmeboende pasienter som trenger hjelp. En sykehjemsavdeling har i snitt 16 plasser. Når 16 nye pasienter, skal få sine tjenester av hjemmetjenesten, utgjør det en økning på mellom 5 og 6 prosent. Samtidig har vi en del å gå på når vi vet at vår tjeneste yter få timer helsehjelp til mange pasienter. Når vi også hever terskelen for å få både helsehjelp og praktisk bistand, slik at vi kommer på linje med andre kommuner vi kan sammenlikne oss med, vil vi kanskje ikke få flere pasienter totalt, men de vi yter tjenester til blir gjennomsnittlig tyngre. «Tyngre» betyr her at de har behov for mer behandling/rehabilitering/pleie/hjelp. Dette vil først og fremst stille økende krav til kompetansen i tjenesten.

Våre pasienter har også få timer med hjemmetjenester før de tildeles langtidsplass i sykehjem. I gjennomsnitt har de vedtak om 7 timer tjenester i uka i perioden like før de legges inn i sykehjemmet. De 16 pasientene som **i dag** ville vært i sykehjem skal i **framtiden** behandles og pleies hjemme (el. omsorgsbolig). Vi kjenner ikke deres behov, men anslår på et faglig grunnlag, at de vil trenge mer behandling, stell og pleie enn gjennomsnittet av dagens hjemmeboende pasienter. Om vi tar utgangspunkt i at de trenger opp til det dobbelte antallet vedtakstimer i uka, vil det kunne koste mellom 4 og 5 millioner mer enn det hjemmetjenesten koster i dag. Da er vedtakstiden, etter råd fra RO³ multiplisert med 1,4 for å finne ansattiden. (En time vedtakstid, ansikt til ansikt-tid, multiplisert med 1,4 = ansattiden, tiden ansatte bruker for å gjennomføre en time vedtakstid.)

Hvis vi stenger en sykehjemsavdeling sparer vi hovedsakelig personell. Mat og medisiner, o.a. går opp i opp med egenandelen (vederlaget) som langtidspasientene betaler. Personalutgiftene i en avdeling utgjør omtrent 10 millioner i året. Det enkle regnestykket, som må inneholde en del usikre forhold, vil da se slik ut:

- Vi sparer ca. 10 millioner på å stenge en sykehjemsavdeling.
- Vi må bruke mellom 4 og 5 mill. i hjemmetjenesten for å gi tjenester til de samme eller tilsvarende ressurskrevende pasienter.
- Mindreforbruket blir da mellom 5 og 6 millioner.

4 til 5 millioner tilsvarer mellom 6 og 7 årsverk, noe som kan gi inntil 5 ekstra ansatte hver dag (f.eks. 3 dagvakter og 2 kveldsvakter). Viser behovet i hjemmetjenesten seg å bli mindre, blir summen vi sparer tilsvarende større – og omvendt.

D. KONSEKVENSER FOR ANDRE TJENESTER

Konsekvenser for andre tjenester

Det er vanskelig å gi eksempler på at en kapasitetsøkning av hjemmetjenesten vil gå ut over andre tjenester. De tjenestene som samarbeider tettest med hjemmetjenesten er rehabiliteringstjenesten og tjenesten psykisk helse og rus. Når vi i større grad skal jobbe forebyggende og rehabiliterende, blir nettopp rehabiliteringstjenesten viktige samarbeidspartnere. Ergoterapeuten vil i større grad bidra ved behovskartlegging i hjemmet. Fysioterapeuten vil bidra mer i å legge opp treningen til pasienter som skal rehabiliteres i hjemmet. Erfaringsmessig kommer mange pasienter hjem fra sykehuset om

³ Seniorrådgiver Ingvar Rolstad i RO, Ressurssenter for omstilling i kommunene.

ettermiddagen og kvelden (ofte mellom 16.00 og 18.00). Ideelt sett burde derfor rehabiliteringstjenesten hatt ressurser til å ha en terapeut på jobb fram til f.eks. kl. 18.00 på hverdager. Da hadde man fått klarlagt mye i det pasienten kommer hjem.

Habiliteringstjenesten får av og til bistand fra sykepleiere i hjemmetjenesten når det er behov for å utføre spesielle prosedyrer når det gjelder beboerne i bofellesskapene deres. Med flere sykepleiere i hjemmetjenesten skulle dette gå greit.

Tjenesten psykisk helse består av få personer. De arbeider vanlig dagtid. Det vil fortsatt være behov for at hjemmetjenesten følger opp deres pasienter ved behov på kveld, natt, i helger og i høytider. Hvis det blir innsparinger i psykisk helsetjeneste vil det føre til merarbeid og økt ansvar på hjemmetjenesten.

Konsekvenser for innbyggerne

Flere pasienter – altså innbyggere – vil få sine helsetjenester i hjemmet. Som flere stortingsmeldinger har understreket de senere årene, må innbyggerne i større grad *selv* ta ansvar for å legge forholdene til rette for å kunne leve et best mulig liv i alderdommen. Flere blir gamle, men flere gamle holder seg friske lenger enn før. Likevel øker muligheten for at man trenger hjelp når man har passert 80 år. Dette må vi som innbyggere tenke på i god tid før vi blir gamle og skrøpelige – og planlegge deretter. Har vi toalett i kjelleren med en bratt steintrapp ned, og soverom på loftet med en hønsetrapp dit opp, i tillegg til badekar og ikke dusj, så bør det ringe noen bjeller. Det er nettopp slike ting vi ønsker å avdekke og foreslå tiltak overfor, med ordningen som kalles Forebyggende hjemmebesøk.

Hjemmetjenesten skal tilby forebyggende hjemmebesøk. Tilbudet er der i dag, men ikke uttalt som «Forebyggende hjemmebesøk». Men når tjenesten gjør vurderingsbesøk (ved søknad om tjenester) innbefatter kartleggingen også huset og omgivelsene. Når tilbudet om egne Forebyggende hjemmebesøk (forebyggende samtaler) blir gjort bedre kjent, er det viktig at innbyggerne tar imot tilbudet. Man blir ikke oppfattet som «gammel og skrøpelig» om man får montert et ekstra håndtak i dusjen eller tatt bort en høy dørterskel. Også under den daglige tjenesteytingen står helsepersonell med mye erfaring til rådighet for praktiske råd i hjemmet.

E. FOREBYGGENDE ARBEID OG TIDLIG INNSATS

Vi må styrke det forebyggende arbeidet. Det kan gjøres gjennom forebyggende samtaler, forebyggende hjemmebesøk og gjennom bedre kartlegging av behovene til de som søker på tjenester. Vi må styrke den tverrfaglige kartleggingen og det tverrfaglige samarbeidet. Det hviler et ansvar på sykepleietjenesten om å huske å trekke inn rehabiliteringstjenesten for å få andre faglige perspektiver på pasientens utfordringer.

Forebyggende hjemmebesøk / forebyggende samtale

Hjemmetjenesten vil framover informere og reklamere mer for ordningen med forebyggende samtaler og forebyggende hjemmebesøk. Dette er innarbeidede rutiner i mange kommuner. I Danmark er det lovpålagt. I stortingsmelding 15, *Leve hele livet*, er dette vektlagt som et klokt grep. Formålet med forebyggende hjemmebesøk vil være å hente frem den enkeltes ressurser, bidra til å tilrettelegge omgivelsene og å styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. God tilrettelegging kan bidra til at eldre kan få et aktivt og selvstendig liv også når helse og funksjonsnivå blir redusert. Temaer for det forebyggende hjemmebesøket kan være: • sikkerhet i

hjemmet, • den enkeltes funksjonsnivå og behov for hjelpemidler og velferdsteknologi, • boforhold, • ernæring, • fysisk aktivitet, • praktisk bistand, • læring og mestring, og • sosialt nettverk.

Mestring, rehabilitering og hjemmerehabilitering

Rehabilitering og opptrening skjer i større og større grad i hjemmet, fordi de fleste ønsker å bo og klare seg selv hjemme. Ved å ha et team som arbeider med hverdagsrehabilitering, gir vi pasienten mulighet til å bli rehabilitert og få opptrening i eget hjem. Et mantra for de som jobber i teamet er å spørre: Hva er viktig for deg? – altså fokusere på pasientens egne mål og hjelpe ham å nå disse. Men et lite team er ikke nok. Å jobbe for at pasienten mestrer eget liv og egen hverdag, og unngår å bli pleietrengende, må være en del av arbeidsformen til alle som jobber i tjenesten.

Hverdagsmestring defineres som: «*Et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt*». Det betyr at vi flytter fokuset fra sykdom til helse, og fra diagnosen til det hele mennesket. Det er viktig for pasientens mestring og egenomsorg at han/hun i størst mulig grad blir rehabilitert til å klare seg selv – til å mestre hverdagen og livet sitt.

Demens

Demens/kognitiv svikt er et stort helseproblem og et samfunnsproblem. Sykdommen krever store ressurser i pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig er det en stor påkjenning og utfordring for de pårørende. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner, samt psykiske tilleggssymptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger, fører til mye lidelse for dem som rammes. Det er ikke funnet noen helbredende kur for demens. Demens utvikler seg langsomt over tid og kan ikke kureres. Forverringen skjer raskere etter hvert. De fleste pasienter med demens dør i løpet av en tiårsperiode etter at diagnosen er stilt.

Både pasienter og pårørende kan få hjelp av demenskoordinator og av erfarne personer i hjemmetjenesten til å håndtere sykdommen best mulig. Men det er en utfordring at tjenesten ofte kommer for seint inn i bildet. Vi vet ikke om personen før han er blitt så syk at det ikke hjelper å sette inn tiltak hjemme. Derfor blir ofte sykehjemsplass løsningen.

Departementet har understreket behovet for å aktivisere personer med demens og avlaste pårørende, ved å lovfeste tilbud om dagsenter for hjemmeboende personer med demens. Vi tar i disse dager i bruk nye lokaler til dagsenter, hvor det er større plass og mulighet for å hjelpe flere enn vi gjorde før.

F. NYE ARBEIDSMETODER, NY TEKNOLOGI OG NYE LØSNINGER

Tildelingskriteriene

Vi må «frita» hjemmetjenesten fra å drive med veldig mange «småting» - altså veldig mye kjøring for veldig små oppdrag. Terskelen for å få tjenester må heves. I praksis handler dette om tjenester som har betydning for den enkelte pasient, men som det ikke trengs fagutdannet personell til å gjennomføre. Et eksempel kan være å hjelpe pasienten med å ta på støttestrømper før han står opp av senga. Hvis dette er det eneste oppdraget hos denne pasienten, bør det kunne utføres av ufaglærte som har fått veiledning. Det er likevel viktig at den som gjør dette har fått opplæring i hvordan en observerer om tilstanden blir verre eller bedre, og at sykepleier kontaktes hvis det er mistanke om forverring av tilstanden. Et annet eksempel er legemidler (multidose) som det er veldig

lettvint at hjemmetjenesten har ansvaret for, men som veldig mange pasienter kunne kjøpt og hentet på apoteket selv. Sykepleierne i hjemmetjenesten bruker veldig mye tid på å ordne medisiner til hjemmeboende pasienter som tar sine medisiner selv (som ikke trenger hjelp for å ta medisinen). Slike tjenester må vi slutte å tildele.

Med lavere rammer blir vi færre ansatte. Det er grenser for hvor mye vi kan effektivisere tjenesteytingen, så resultatet må bli at vi må gjøre mindre. Andre kommuner driver sine tjenester billigere enn oss. Statistikken sier at i Gausdal får mange pasienter lite (få timer) hjemmetjenester, sammenlignet med andre kommuner hvor færre pasienter får mer (flere timer) tjenester.

6,9 % av våre innbyggere har hjemmetjenester. I kommunegruppe 11 er tallet 5,2 %. Det betyr at om vi hadde hatt samme dekningsgrad som K11 ville 100 færre fått hjemmetjenester i Gausdal.

Kommentar: KOSTRA-rapporteringa som gir 6,9 %, inneholder alt som er definert som hjemmetjenester i kommunal sammenheng, bl.a. habiliteringstjenesten, omsorgslønn, o.a., slik at andelen som får hjemmetjenester innenfor enheten Helse og mestring er lavere (275 pasienter tilsvarer 4,5 %), men på dette nivået har vi ikke sammenlikningstall i KOSTRA. Det som likevel er interessant er at vi ligger høyere enn sammenlignbare kommuner og at antallet personer som mottar tjenester har økt mye de siste årene.

Andre kommuner har dermed strengere kriterier for å få kommunale tjenester. Rolstad i RO sier at det er **her** nøkkelen til kostbar eller rimelig drift ligger. Vi må med andre ord se på tildelingskriteriene. I tillegg må vi bli bedre til å se muligheten for effektivisering som velferdsteknologien kan gi. Både tildelingskontoret og ansatte i hjemmetjenesten må bli flinkere til å kartlegge mulighetene for bruk av teknologi.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi, i form av digitale hjelpemidler, har et stort potensial for effektivisering av tjenesten. Riktig bruk av digitale hjelpemidler gir gevinstene: 1) økt kvalitet, 2) spart tid og 3) unngåtte kostnader. Ved kartlegging og behovsvurdering skal vi alltid «Tenke teknologi først». Mye kjøring og rutinebesøk kan unngås ved å bruke teknologi i stedet. Dermed kan tiden med menneskelig kontakt, «varme hender», brukes på de som har mest behov for nettopp det.

Vi har en gruppe som jobber med implementering av velferdsteknologi i kommunen. Denne gruppen må jobbe mer aktivt bl.a. med å endre holdninger blant våre egne ansatte. Mange klager over at de flyr fort, kjører mye og har det travelt. Dette skyldes både at vi gir lite tjenester til mange (det blir mye kjøring) og at de ansatte ikke ser muligheten for å erstatte «et heseblesende besøk» med teknologi som faktisk er mer effektiv enn mennesker. Sensorer kan varsle ved behov, hvert eneste sekund hele døgnet igjennom.

Drømmevakta

Hjemmetjenesten er i gang med å utrede og iverksette de forslagene til effektiviseringstiltak som ble lansert under oppstarten av prosjektet «Drømmevakta». Dette er styrkebasert jobbing som tar utgangspunkt i å beskrive hvordan den ideelle situasjonen er når vi jobber en vakt som bare kan beskrives som drømmevakta – når alt fungerer optimalt for alle. Dette arbeidet fortsetter og er egentlig et kontinuerlig forbedringsarbeid.

G. NYE SAMARBEIDSFORMER

Helhetlig pasientforløp og tverrfaglig samarbeid

I innledningen står det at «alt henger sammen med alt» i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi pasienter ofte har flere enn en tjeneste, og at de i løpet av et sykdomsforløp får behandling og pleie av flere forskjellige tjenester/deltjenester.

Pasientforløpene går på forskjellige måter innenfor og mellom tjenestene. Et typisk



forløp for en pasient kan være slik som figuren (over) beskriver, eksempelvis ved et hoftebrudd:

1) pasienten bor hjemme, 2) innlegges og behandles i sykehus, 3) starter gjenopptrening i sykehjem – enten fordi pasienten trenger ekstra opptrening eller fordi det må legges til rette i huset (ta bort terskler, o.l.), 4) pas. reiser hjem med hjemmesykepleie og/eller hjemmetrening, til 5) pasienten klarer seg selv igjen hjemme.

Når hjemmetjenesten rustes opp vil flere forløp kunne bli enklere. Det kan bli mindre behov for opphold i sykehjem. Det er fordi vi skal jobbe mer tverrfaglig og yte tjenester til pasienter som har større behandlings- og pleiebehov, hjemme. Fysioterapeut og ergoterapeut vil jobbe mer aktivt inn i hjemmetjenesten og lage trenings- og rehabiliteringsopplegg for pasienter. De kan lære opp helsefagarbeidere og assistenter til å bli gode hjemmetrenere. Et enklere pasientforløp kan dermed bli slik: 1) hjemme, 2) sykehus, 3) hjem med hjemmehabilitering, 4) klarer seg selv hjemme.



Helsedirektoratet har definert et helhetlig pasientforløp på følgende måte: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». Kjennetegn ved et helhetlig pasientforløp er: kontinuitet, samarbeid, sømløshet, pasientsentrert og kunnskapsdrevet.

Det må bli et tettere samarbeid mellom sykepleietjenesten og rehabiliteringstjenesten (som nevnt over). I tillegg starter hjemmetjenesten en mer aktiv innsats for å få til forebyggende hjemmebesøk. Alle som er involvert i kartlegging, vurdering og endring av tjenestene skal jobbe mer aktivt med å vurdere pasientens hjemmesituasjon og gi råd om forbedringer som gjør det lettere å bo hjemme i egen bolig.

H. KOMPETANSEBEHOV

Andrelinjetjenesten, sykehusene, får stadig færre sengeplasser, men behandler flere pasienter. Det fører til at pasienter sendes hjem og/eller overføres til kommunen på et mye tidligere stadium enn før. Dette stiller mye høyere krav til kompetanse i kommunene. Hvis det blir færre sykehjems plasser blir det både større krav til god faglig behandling og oppfølging av de som til enhver tid er inneliggende i sykehjemmet, og i hjemmetjenesten. Det blir økende behov særlig for høgskoleutdannet personell i kommunen. En del personale vil bli overført fra den nedlagte sykehjemsavdelingen til hjemmetjenesten. Det vil hjelpe med å bygge opp kompetansen og kapasiteten i hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten må i større grad arbeide med rehabilitering av pasienter. En bør derfor også vurdere å knytte fysioterapeuter og ergoterapeuter til tjenesten.

Bruken av velferdsteknologi (trygghetsteknologi, avstandsoppfølging, osv.) må trappes opp. Flere pasienter vil bo hjemme og trenger både trygghet (mulighet for varsling) og medisinsk oppfølging. Medisinsk oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer kan i større grad enn i dag gjøres digitalt. Vi mangler kompetanse på bruk av digital velferdsteknologi i tjenesten. Men muligens er det kunnskapen og bevisstheten om de mulighetene teknologien gir, som er utfordringen – ikke selve kompetansen. Det aller meste av teknologien har enkel betjening så det skulle ikke by på vesentlige problemer å ta det i bruk.

Fylkesmannen skriver i Kommunebilder 2020:

Årsverk med helseutdanning i omsorgstjenesten ligger litt under landsgjennomsnittet med 74,0 prosent (74,8 prosent er landsgjennomsnittet). Kommunen bør ha fokus på nåværende og fremtidig kompetanse og rekruttering.

Sykepleiere

Det blir økt omfang av sykepleieroppgaver og faglige utfordringer. Derfor må vi ha flere sykepleiere. Sykepleierne er faglige ledere av tjenesten.

- Sykepleierne har kompetanse til å behandle pasienter (etter legens forordning) og utføre alle helse- og sykepleiefaglige oppgaver. En del oppgaver har ikke andre yrkesgrupper enn sykepleiere lov til å utføre.

Selv om vi legger ned en sykehjemsavdeling og personalet derfra brukes i andre avdelinger og i hjemmetjenesten, vil det kunne bli behov for å rekruttere sykepleiere.

Helsefagarbeidere

Vi har mange erfarne og dyktige helsefagarbeidere. Og vi har bruk for alle sammen. Selv om det totale antallet personell skal ned, vil det etter hvert bli behov for å rekruttere nye helsefagarbeidere.

- Helsefagarbeiderne utfører alle helse- og sykepleiefaglige oppgaver som ikke må utføres av en sykepleier.

Det er en utfordring for kommunene at det utdannes for få helsefagarbeidere. Vi sliter også med å rekruttere de få som blir utdannet i regionen.

Assistenter

Vi har en del ufaglærte medarbeidere i tjenesten. De fikk opplæring da de begynte. Flere har jobbet i mange år og er dyktige medarbeidere, men at de ikke har fagutdanning gir en del begrensninger i hvilke oppgaver de kan utføre. Med flere pasienter som trenger mye medisinsk oppfølging som krever høyere kompetanse, bør vi bli tydeligere på oppgavefordelingen mellom faggruppene.

- Assistenter kan utføre oppgaver som helsefagarbeiderne gjør, når de har fått opplæring til det og lederen av avdelingen har forsikret seg om at de kan oppgavene.

Assistenter bør oppfordres til å ta fagutdanning og som kommune bør vi legge til rette for at de kan gjøre det. (Vi har noen som er i gang hvor vi deler utgiftene med NAV.)

Hjemmehjelpere / praktisk bistand

Assistenter har oppgaver innenfor praktisk bistand. Det har vært vurdert å lære opp assistenter til å bli hjemmetrenere. Med høyere terskel for å få tjenester, særlig praktisk bistand til renhold, kan hjemmetrening i større grad bli oppgaver for assistenter.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter

Behovet for bedre og raskere rehabilitering av pasienter gjør at fysio- og ergoterapeuter må inn i større grad i hjemmetjenesten. Det er en fordel at de er til stede når pasienter kommer fra sykehuset slik at de første faglige vurderingene blir tverrfaglige og best mulig for pasienten.

- Ergoterapeuten er spesialist på hjelpemidler og tilrettelegging av boliger og omgivelser.
- Fysioterapeuten lager treningsopplegg og veileder annet personell i trening med pasientene.

Det blir vanskelig å jobbe forebyggende og rehabiliterende med færre terapeuter i kommunen.

Kan vi rekruttere sykepleiere? Det er mulig, men ikke lett. Det er 4600 ledige sykepleierstillinger i Norge i dag, 290 i Innlandet og 37 bare i Lillehammer (NAV.no 29. januar 2020). Derfor må vi satse på å utvikle de vi har og legge til rette for å beholde dem i kommunen. Vi må lage fleksible opplegg hvor kompetanse blir brukt på tvers av enheter og fagområder. Ved behov for spesialkompetanse, må vi bruke sykehuset. De har veiledningsplikt overfor kommunene.

I. ORGANISERING OG LEDERSTRUKTUR

Organisering

Hjemmetjenesten er allerede i gang med å vurdere tiltak for effektivisering av tjenesten. Arbeidet som ble startet under prosjektet Drømmevakta fortsetter. Stikkordene her er bl.a. å effektivisere kjørerutene, forskyve oppgaver om dagen, vurdere dokumentasjon og rapportering og justere pauseavviklingen. Det er størst trykk på tjenesten om morgenen og tidlig formiddag. Det er naturlig fordi det er mange som trenger hjelp når de skal stå opp. Men oppgaver som ikke *må* gjøres om formiddagen, kan forskyves til ettermiddagen. Det gjelder eksempelvis sårskift, dusjing og forskjellige former for praktisk bistand.

Hjemmetjenesten ledes av seksjonsleder som har med seg en fagsykepleier som arbeider dagtid, men i tillegg har faste helger. Hjemmetjenesten er en tjeneste hvor det kan være store variasjoner i oppgavetype og oppgavemengde. Derfor er lederne alltid forberedt på å kaste om på planer og endre oppdragene til de som kjører ute, og selv gjennomføre oppdrag i hjemmene.

Om ledelse i helse- og omsorgssektoren

KS framhever at god ledelse i kommunal sektor er avgjørende for å levere gode tjenester til innbyggerne. God ledelse handler om å vise gjennomføringskraft, mestre styring, være tydelig i rollen som leder og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeidere. I tillegg er det viktig å bygge en kultur for nyskaping og læring, godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet. KS mener at det er viktig at kommunene setter arbeidsgiverpolitikk og ledelse på dagsordenen for å lykkes som arbeidsgiver og lykkes som tjenesteyter i framtida.

Statens helsetilsyn oppsummerer erfaringer fra tilsyn med at ledelse er svært viktig for å opprettholde kvaliteten på det faglige arbeidet. Lederen er den personen i en avdeling som – etter delegering – har det faglige og juridiske ansvaret for at lover, regler og faglige normer blir fulgt. Ledelsen må være tett på egen virksomhet, hver dag. Statens helsetilsyn slår i flere rapporter fast at: *det er behov for å øke kompetanse, faglig styring og ledelse i tjenestene, og det er viktig å lære av de kommunene som gjennom ledelse og kvalitetsarbeid yter gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.*

Helse- og omsorgstjenesteloven generelt og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten spesielt, understreker at det er ledelsens ansvar at det ytes gode tjenester:

§ 1: Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. § 3: Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. § 4: I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Helse- og omsorgstjenestene har mange ansatte (og mange i små stillinger), og tjenestene ytes døgnet rundt. Mange ansatte per leder kan redusere lederens kontroll over arbeidet. Fysisk nærhet til avdelingen gjør det lettere for lederen å holde oversikt og koordinere arbeidet, det bedrer muligheten for relasjonsbygging, oppfølging av ansatte og gjør det lettere å være en synlig leder. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) som har erfaringer med omstillingsprosesser i mange kommuner, anbefaler at lederspennet ikke bør overstige 10 til 15 årsverk, noe som tilsvarer mellom 15 og 20 personer i omsorgssektoren.

Enhetslederne i Gausdal kommune er sammen med kommunedirektøren, ansvarlig for kommunens totale resultat. Enhetslederne har innenfor sin budsjettamme fullmakter innen fag / tjenesteyting / økonomi / helse- miljø og sikkerhet og personalarbeid. Internkontroll, gode beslutningsgrunnlag, og iverksetting av vedtak er en del av det, jfr. kommunelovens § 13-1.

Helse- og omsorgssektoren i Gausdal består av tre enheter med hver sine enhetsledere: Helse og mestring, Habilitering og Rehabilitering og legetjenester. Under enhetsleder er det stedlige ledere/avdelingsledere med ansvar for fag, personal og økonomi, men med ulik grad av ansvar og stillingsstørrelse avhengig av avdelingens størrelse og kompleksitet.

Noen lederoppgaver og administrative oppgaver

I alle stillinger, både fagstillinger og lederstillinger, er det et stort omfang av administrative oppgaver. Dette er i hovedsak en konsekvens av de høye kravene til internkontroll (= oppfølging av lover og forskrifter), dokumentasjon og rapportering, i tillegg til forvaltningslovens bestemmelser knyttet til all saksbehandling kommunen utfører. For å vise lederoppgavenes omfang og variasjon, har vi laget en oversikt over noen av dem. Det presiseres at listen ikke er uttømmende:

Følge opp vedtak og strategidokument som
digitaliseringsstrategi, arbeidsgiverstrategi,
kommunikasjonsstrategi osv.

Rapporteringer
- pålagte jfr. lov og forskrift og statlige
myndigheter

Tilsyn
- Fylkesmannen, Arbeidstilsynet, og flere

Forvaltningsrevisjonsprosjekter

Planprosesser
- handlingsplaner for tjenestene

Saksbehandling

- til innbyggere som søker om tjenester:
enkeltvedtak / tjenestetildeling.

Klagebehandling

Økonomioppfølging

- fakturaattestasjon
- administrasjon av avtaler
- månedlig rapportering innen tjenestene
- økonomistyring og internkontroll innen
økonomi

KOSTRA-rapportering

Anskaffelser/anbudsprosesser, kjøp av varer og tjenester

Strategiplanarbeidet, pluss

- tertialrapporter

- årsmelding

Personaloppfølging

- ansettelser

- sykefraværsoppfølging

- helse, miljø og sikkerhet, -

 - vernerunder/avviksmeldinger/opplæring

- avslutning av arbeidsforhold, sluttmeldinger, attester

- utviklingssamtale

Post og arkiv

- dokumentasjon, arkivering

- journalsystemer

Planlegge og dokumentere fag- og driftsmøter i tjenestene, inkludert tverrfaglige

møteplasser

Beredskapsarbeid

- øvelser, - planlegging, gjennomføring

Kompetanseplanlegging og -utvikling

- veiledning og opplæring av ansatte

Digitaliseringsarbeid

Internkontroll og kvalitetsarbeid

- utvikle rutiner, prosedyrer, reglementer, skjema mv.

- opplæring og veiledning

- planlegge, lede, gjennomføre og evaluere prosesser knyttet til tjenesteutvikling

Avvikshåndtering

Informasjonssikkerhet og GDPR

Informasjon og kommunikasjon

- nettside

- annonsering

- informasjonsbrev internt og eksternt

- svare på henvendelser fra innbyggerne og ansatte

Oppfølging av tillitsvalgte- og

verneombudsordningen

Prosjektet Fornyelse og omstilling 2020, som handler om effektive tjenester innenfor lavere økonomiske rammer, er en parallell prosess til delutredningene. Her blir alle tjenester og lederstillinger gjennomgått. Sak om tiltak blir lagt fram for kommunestyret i mars 2020.

J. ØKONOMISKE KONSEKVENSER KNYTTET TIL INVESTERING OG DRIFT

ØKONOMISK VURDERING: Hjemmetjenester ytes primært fordi folk vil bo hjemme selv om de trenger hjelp/helsehjelp på grunn av sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne. Ser vi på kostnadene ved å yte hjelp i hjemmet kontra i institusjon, så utnytter vi ikke det økonomiske potensialet som ligger i å la pasienten få bo hjemme, godt nok. **Økonomisk sett** går det et skjæringspunkt ved ca. 25 timer hjemmetjenester i uka (dvs. 25 timer vedtakstid, ansikt-til-ansikt-tid hos pasienten.) Opp til dette nivået er det økonomisk lønnsomt å yte hjemmetjenester, men dersom pasienten må ha enda flere timer tjenester i uka, over en lengre periode, vil det økonomisk sett være mest lønnsomt at han får de tjenestene i sykehjem.

I regnestykket i kapittel C (over) regner vi med at det må stilles 4 til 5 millioner til rådighet for å ruste opp hjemmetjenesten til å ta pasienter med mer omfattende behov – når en sykehjemsavdeling stenges. 4 til 5 millioner tilsvarer mellom 6 og 7 årsverk, noe som kan gi inntil 5 ekstra ansatte hver dag (f.eks. 3 dagvakter og 2 kveldsvakter).

OPPSUMMERING

Regnestykket over er så langt vi kommer i økonomisk vurdering før vi vet hvor mange sengeplasser som evt. blir lagt ned i sykehjemmene. En hel sykehjemsavdeling kan ikke stenges «over natten» slik at hjemmetjenesten vil få tid til å planlegge og tilpasse seg den nye virkeligheten.