



Hægebostad kommune

Prosjektrapport

2017

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning:	3
2.0	Sammendrag fra arbeidsgruppe 1, RO prosjektet	4
2.1	Arbeidsgruppe 1	4
2.2	Mandat	4
2.3	Tilråding fra RO	4
2.4	Innretning av helse- og omsorgstjenesten:.....	5
2.5	Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten:.....	5
2.6	Nåværende situasjon.....	6
2.7	Hovedpunkter i gruppearbeidet	6
2.8	Organisering av institusjonsplasser	6
2.9	Alternativ 1	7
2.10	Alternativ 2	7
2.11	Alternativ 3	8
2.12	Alternativ 4	9
2.13	Konklusjon:.....	9
3.0	Pasientforløp.....	9
4.0	Sammendrag fra arbeidsgruppe 2, RO rapport.....	10
4.1	Arbeidsgruppe 2	10
4.2	Mandatet til Arbeidsgruppe 2:.....	10
4.3	Arbeidsgruppe 2 valgte å dele inn arbeidet i 3 hovedgrupper.	10
4.4	Tjenestetildeling	11
4.5	Forslag som kom frem i Arbeidsgruppe 2:.....	12
4.6	Turnus	13
4.7	Forslag som kom frem i gruppa:.....	14
4.8	Organisering / Ledelse	14
4.9	Forslag som kom frem i gruppa:.....	14
6.0	Hovedkonklusjon utarbeidet av prosjektleder:	15
6.1	Mandat til Arbeidsgruppe 1	15
6.2	Konklusjon fra Arbeidsgruppe 1:	15
6.3	Mandat til Arbeidsgruppe 2:.....	16
6.4	Konklusjon fra Arbeidsgruppe 2:	16

1.0 Innledning:

For en tid tilbake satt Hægebostad kommune ned et politisk økonomiutvalg, som fikk som mandat blant annet å se på kommunens økonomi og framtidige økonomiske handlingsfrihet.

Økonomiutvalget foreslo å leie inn et eksternt konsulentfirma som kunne vurdere framtidige driftsforhold i kommunens Pleie- og omsorgsavdelingen med mål om å harmonisere driften i avdelingen i forhold til kommunens økonomiske bæreevne.

Det ble vedtatt å engasjere et eksternt konsulentfirma, og valget falt på RO senteret.

I november 2016 la RO fram en rapport som ble presentert i kommunen på tradisjonelt vis.

Med bakgrunn i denne rapporten fattet kommunestyret følgende vedtak i møte 02.02.17:

Kommunestyret vedtar følgende dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten

- 1. Det totale antall plasser med heldøgns tjenester dimensjoneres til 32 % av innbyggere 80 år og eldre i kommunen. I denne prosenten inngår institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester.*
- 2. Antall institusjonsplasser dimensjoneres til 7,7 % av innbyggere 80 år og eldre.*
- 3. Antall HDO-plasser dimensjoneres til 24,3 % av innbyggere 80 år og eldre*

For å kunne operasjonalisere vedtaket bestemte administrasjonen å foreslå en ordinær prosjektorganisering med framdriftsplan på følgende måte:

1. Kommunestyret er prosjekteier
2. Formannskapet er styringsgruppe
3. Selve prosjektledelsen ivaretas av enhetsleder Jerry Brastad, avdelingsleder Alf Vatne, avdelingsleder Arnfinn Hobbesland og tillitsvalgte.
Enhetsleder Jerry Brastad er oppnevnt som prosjektleder.
4. Prosjektledelsen får i tillegg en Referansegruppe og forholde seg til. Medlemmene i denne gruppen hentes fra representanter fra eldrerådet og brukerne.
5. Det nedsettes to arbeidsgrupper. Medlemmene hentes fra de ansatte, tillitsvalgte og politikere. De to avdelingslederne leder hver si gruppe og skriver referat fra gruppearbeidet.

Selve prosjektarbeidet fikk svært stram tidsramme og det ble foreslått at prosjektarbeidet måtte være ferdig avsluttet så tidlig at prosjektrapporten kunne sendes ut på høring 16.05.17. Høringslutt ble satt til 01.06.17.

I Formannskaps møte nr. 43/17 av 16.02.17 «Tidsplan for RO – Prosjekt Helse- og omsorg» ble foreslåtte prosjektorganisering og tidsplan vedtatt. De to arbeidsgruppene skulle ha tre møter hver, og det første møtet ble avholdt 08.03.17.

Arbeidsgruppemøtene ble arrangert på samme tidspunkt, og den første delen av møtene ble holdt samlet. På disse fellessamlingene var enhetsleder også til stede på de første samlingene.

Sammendrag fra hver gruppe er utarbeidet av gruppelederne og presenteres herved for hver arbeidsgruppe.

Pga tidspress og en omfattende rapport har ikke gruppene hatt mulighet til å gå i dybden på hele pleie og omsorg.

Vi har konsentrert oss om hovedpunktene i RO rapporten.

2.0 Sammendrag fra arbeidsgruppe 1, RO prosjektet

2.1 Arbeidsgruppe 1

Arbeidsgruppen var sammensatt av følgende medlemmer:

- Alf Vatne, Avd. leder og leder for Arbeidsgruppe 1
- Siri Syrstad, Psykisk helsearbeid
- Audhild Flottorp, Avd. leder hjemmetjenesten
- Mona Flottorp, Politiker
- Åse Lill Lølandsmo, Tillitsvalgt for NSF

2.2 Mandat

Arbeidsgruppe 1 skal legge fram et forslag til hvordan helse- og omsorgstjenestene i Hægebostad kommune kan innrettes for å nå og videreføre vedtatt dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten. Se RO-rapport kap. 7 «Tilråding» for utfyllende informasjon

2.3 Tilråding fra RO

Hægebostad kommune har tiden fram til 2020 til ei omstilling for å skape ei bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kommunen. I første omgang er dette ei tilpassing til tilgjengelige ressurser med økonomiske måltall. Deretter er det ei omstilling for ei framtidig omsorgstjeneste med fokus på samarbeid og samhandling. Dette betinger ei heilhetlig tenking innen heile helse og sosial.

2.4 Innretning av helse- og omsorgstjenesten:

- Heimebasert tjeneste er grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at heimebasert omsorg, sammen med nystarta hverdagsrehabilitering, skal bistå på en slik måte at tjenestemottakerne kan bo heime lengst mulig. Forutsetning for ei funksjonell heimetjeneste er tilgjengelige korttidsplasser og natttjeneste.
- En omsorgsbolig med heldøgns tjeneste (HDO-plass) er en bolig der du får tjenester etter behov, og der du kan bo livet ut. Omsorgsboligene bør i hovedsak bygges som bofellesskap, slik at bofellesskapa utgjør arena for tjenestemottakerne med de største behova, for tjenester gjennom heile døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærma lik som ved en ny sykeheim. Bofellesskap fungerer også som arena for tilrettelagte tilbud for innbyggere med demens. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, og betaling for tjenestene er som for heimetjenestene.
- Institusjonsplassene brukes i hovedsak til behandling, utredning og rehabilitering, og drives i hovedsak som korttidsplasser. Tilgjengelighet til korttidsplass er en forutsetning for ei funksjonell og bærekraftig heimetjeneste. Vederlagsforskriften regulerer betaling for institusjonsopphold.

2.5 Dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten:

- Det totale antall plasser med heldøgns tjenester dimensjoneres til 32 prosent av innbyggere 80 år og eldre i kommunen. I denne prosenten inngår institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns tjenester.
- Antall institusjonsplasser dimensjoneres til 7,7 prosent av innbyggere 80 år og eldre.
- Antall HDO-plasser dimensjoneres til 24,3 prosent av innbyggere 80 år og eldre.

Tabell 6.3-1 Dekningsgrad og antall institusjonsplasser og HDO-plasser 2016 - 2040

Hægebostad	Folke- tall	Andel inn- byggere 80+	Antall inn- byggere 80+	Andel institu- sjons- plasser 80+	Antall institu- sjons- plasser	Andel sykeheims- plasser og HDO- plasser 80+	Antall sykeheims- plasser og HDO- plasser 80+	Antall HDO- plasser
2015	1 702	3,9 %	67	35,8 %	24	37 %	25	1
2015 ny	1 702	3,9 %	67	7,7 %	6	32 %	22	16
2016	1731	4,0 %	70	7,7 %	6	32 %	23	17
2020	1 789	4,7 %	84	7,7 %	7	32 %	27	20
2025	1 882	5,3 %	99	7,7 %	8	32 %	32	24
2030	1 950	5,9 %	115	7,7 %	9	32 %	37	28
2035	2 020	6,6 %	134	7,7 %	11	32 %	43	32
2040	2 085	6,7 %	140	7,7 %	11	32 %	45	34

2.6 Nåværende situasjon

Hægebostad har i dag 24 institusjonsplasser til disposisjon. En av disse er øremerket KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp).

- Dementavdelingen har 8 plasser som fungerer svært bra for denne gruppen pasienter.
- Vi har en pleieavdeling med 8 plasser som er tiltenkt de mest pleietrengende.
- Den siste avdelingen huser lettere pleie-, korttids- og avlastningsplasser.

2.7 Hovedpunkter i gruppearbeidet

- Organisering av institusjonsplasser
- Pasientforløp

2.8 Organisering av institusjonsplasser

Det kom fram 4 alternativ til organisering av institusjons og HDO plasser.

1. Beholde avdeling A og C som i dag og bygge 10 nye HDO boliger. Avdeling B brukes foreløpig som buffer for å huse pasienter som får vedtak om HDO plass i de nye boligene.
Når HDO boligene står ferdig flyttes alle med vedtak om HDO bolig fra avdeling B. Avdeling B settes da på vent (tom) inntil videre.
2. Avdeling C gjøres om til HDO plasser. Avdeling B brukes til dementavdeling og avdeling A beholdes som korttids og tung pleieavdeling.
Bygging av 10 nye omsorgsboliger.

3. Avdeling C omgjøres til HDO plasser tiltenkt samme pasientgruppe (demente). Avdeling A brukes til korttids- og pleieavdeling. Avdeling B gjøres om til HDO plasser, i tillegg til at det bygges 10 nye omsorgsboliger.
4. Beholde avdeling C og A, stenge avdeling B, samt bygge 10 nye omsorgs / HDO boliger.

2.9 Alternativ 1

- Avdeling C, dementavdelingen beholdes som nå. Hovedgrunnen til dette er at dementavdelingen er tilpasset denne gruppa pasienter på en svært god måte. Vi har gode erfaringer med denne avdelingen med tanke på at pasientene er skjermet og får den roen de trenger. Det er også muligheter for å skjerme pasienter som er utagerende og som f. eks. kommer ut av rommet uten klær osv.

Det er også et argument fra gruppa si side at det blir stadig flere demente pasienter og det vil være negativt for denne gruppa at en godt fungerende dementavdeling skal omgjøres/legges ned.

Demente pasienter trenger like mye tilsyn og hjelp uavhengig av hva plassene heter.

- Avdeling A brukes til tungt pleietrengende pasienter. Dette er pasienter som trenger svært mye pleie og tilsyn. Disse pasientene trenger også samme pleie og tilsyn uavhengig av type plasser.
- Avdeling B brukes som en buffer for å huse pasienter som får vedtak om HDO plass. D.v.s. at inntil nye omsorgsboliger står ferdig får pasienter - som ikke klarer å bo hjemme - men kan klare seg i en bolig med tilsyn hele døgnet (HDO), midlertidig plass på avdeling B. De vil få vedtak om HDO bolig, men må inntil disse er ferdig bo på avdeling B.

Når boligene står ferdig tror man at en stor del av de som bor på avdeling B kunne flytte ut i boligene. Da er tidspunktet riktig for å redusere / stenge avdeling B. Denne avdelingen blir da eventuelt stående tom inntil behovet for flere plasser oppstår.

- Basen for hjemmetjenesten bør lokaliseres i nærhet til HDO boliger og til sykehjemsavdelingene for å kunne utnytte personale mest mulig fornuftig. Dette alternativet krever lite / ingen ombygging av eksisterende bygningsmasse.

2.10 Alternativ 2

- Her gjøres avdeling C om til HDO plasser tiltenkt pasienter som har en del egenomsorgsevne igjen. Denne løsningen vil kreve forholdsvis lite ombygging av eksisterende bygningsmasse.
- Avdeling B gjøres om til dementavdeling. Dette vil kreve noe ombygging, men man vil aldri få tilsvarende tilrettelagt bygningsmasse som dagens

dementavdeling har. Ombygging vil bestå i å fjerne vegger mellom gang/stue/kjøkken for å få stort nok fellesareal. Brannrør i gang må flyttes. Kostnader knyttet til dette har gruppen ikke innhentet pga tidspress.

- Nye omsorgsboliger tilknyttes eksisterende bygninger ved avdeling C, fordi denne avdelingen ikke lenger er dementavdeling. Alternativt kan sammenkobling skje ved tuben mellom kjøkken og C.
- Det blir en samlokalisering av institusjonsplassene på avdelingene A og B som gir en god utnytting av personale.
- Omsorgsboliger / HDO plassene blir også samlet ved at eksisterende omsorgsboliger, avdeling C - som da er HDO plasser - og nye omsorgsboliger vil ligge i «samme gata».
- Også denne løsningen stilles det spørsmål til om det er mulig å gjennomføre ombygginger med pasienter på avdelingen.
- Ved å legge basen for hjemmetjenesten ved avdeling C vil man få en nærhet til alle HDO plassene og til sykehjemsavdelingene, som gir en god mulighet for nærmere samarbeid på tvers av avdelingene.
- Pasienter med høy grad av kognitiv svikt (demens etc.) og pasienter - som er tilnærmet 100 % pleietrengende - trenger samme oppfølging uavhengig om det er sykehjemsplass eller HDO plass.
- Forskjellen mellom vederlagsforskriften - som anvendes ved sykehjemsplass - og husleieloven - som brukes ved omsorgsboliger - er avgjørende for økonomien.

Gruppa mener derfor at det sannsynligvis er mest gunstig økonomisk at avdeling B (dementavdeling), og korttids / pleieavdeling A, beholdes som sykehjemsplasser.

Kommunen vil med dette alternativet også nærme seg målet i dimensjoneringen.

2.11 Alternativ 3

- Avdeling C, dementavdelingen, gjøres her om til HDO boliger med samme type pasienter som i dag. Det vil i praksis betyr at avdelingen driftes på samme måte som nå.
Forslaget begrunnes med at pasienter med langt kommet demens trenger samme type tilsyn og omsorg, uavhengig om det er sykehjemsplass eller HDO plass.
- Ombygging av avdeling B til HDO plasser vil kreve forholdsvis store ombygginger.
Avdelingen bør tilpasses både med tanke på romstørrelse og fellesareal til beboerne.
- En sammenkobling av nye omsorgsboliger vanskeliggjøres fordi tilknytingsveien ikke bør gå gjennom dementavdeling.
- Der vil sannsynligvis være mye enklere å lage en tilkoblingsvei fra avdeling C enn fra avdeling B.

2.12 Alternativ 4

- Med dette alternativet beholder man dementavdelingen.
- Grappa ser dette som ikke gjennomførbart. Dette med bakgrunn i at det er prøvd i flere år å redusere antall pasienter for å legge ned hele eller deler av avdelingen uten å lykkes.

2.13 Konklusjon:

Alle alternativ inneholder bygging av 10 nye HDO plasser. Grappa er samstemte om at dette er en forutsetning for og nå en dimensjonering på tjenesten som er bærekraftig.

Bygging av ny HDO boliger er i samsvar med ønske om å vri tjenesten mot hjemmebasert omsorg.

Politikerrepresentantene ba om bli fristilt fra å anbefale ett av alternativene i denne omgang siden de skal være med å gjøre endelig vedtak.

Alternativ 1:

Arbeidsgruppe 1 vil enstemmig anbefale alternativ 1.

Alternativ 2:

Arbeidsgruppe 1 mener at dette alternativet vil gi negative konsekvenser for de demente pasientene.

Alternativ 3:

Arbeidsgruppe 1 mener at dette alternativet vil kreve mye ombygging av avdeling B, og det stilles spørsmål med om denne ombyggingen kan gjennomføres med pasienter på avdelingen.

En ombygging av avd. C til omsorgsboliger mener grappa vil være omsorgsmessig og økonomisk ugunstig for denne type pasienter.

Alternativ 4:

Arbeidsgruppe 1 ser dette som lite eller ikke gjennomførbart.

Begrunner dette med at det i over flere år er prøvd å redusere antall pasienter - for å legge ned hele eller deler av avdelingen - uten å lykkes.

3.0 Pasientforløp

Kommunen bør framover ha mer fokus på «Det gode pasientforløp», med vekt på strategisk bruk av korttidsplasser.

Forhold som kom fram i arbeidsgruppa:

- En må utvikle samarbeidsformer som fremmer «Det gode pasientforløp». Det må også ses på om nattevaktene kan brukes på en annen måte, både ute og inne.
- Rehabiliteringsteam og hverdagsrehabiliteringsteam bør helst være samme team.
- Det er behov for en ergoterapeut stilling i dette arbeidet. Denne stillingen kan eventuelt kombineres med hjelpemiddelkoordinatorstillingen og forebyggende hjemmebesøk (tidlig kartlegging, informasjon og forventningsavklaring).
- Fokus på korttidsplasser. Jfr. «Det gode pasientforløp» læringsnettverk for Agderkommunene.
- Behov for holdningsendring - både hos hjelpere og brukere - når det gjelder bruk av korttidsplasser med tanke på å komme hjem til sin egen bolig igjen.
- Det kan gjøres endringer også inne på avdelingene, med mer bevisst bruk av pleieplaner. Pasientene kan ikke forvente hjelp til det de selv kan mestre. Ressursorientering.
- Forebyggende hjemmebesøk. Tidlig kartlegging.
- Folkehelsekoordinators rolle blir sentral i dette arbeidet.
- Nivået - for når det skal settes inn hjelp - må justeres.

4.0 Sammendrag fra arbeidsgruppe 2, RO rapport

4.1 Arbeidsgruppe 2

Arbeidsgruppen var sammensatt av følgende medlemmer:

- | | |
|----------------------|---------------------------------------------|
| • Arnfinn Hobbesland | Avd. leder og leder for Arbeidsgruppe 2 |
| • Nils Olav Dunsæd | Personalsjef |
| • Linda Bråtveit | Ledende helsesøster / Folkehelsekoordinator |
| • Gro Iversen | Tillitsvalgt for Fagforbundet |
| • Janne Haddeland | Politiker |

4.2 Mandatet til Arbeidsgruppe 2:

skal legge fram et forslag til hvordan Hægebostad kommune kan utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for å nå og videreføre vedtatt dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten. Se RO-rapport kap. 7 «Tilråding» for utfyllende informasjon.

Gruppa skal også vurdere mulighet for omorganisering som resulterer i reduksjon av antall ledere og mellomledere i enheten.

4.3 Arbeidsgruppe 2 valgte å dele inn arbeidet i 3 hovedgrupper.

a) Tjenestetildeling

- b) Turnus
- c) Organisering / ledelse

4.4 Tjenestetildeling

Ser en nærmere på bestillingen er oppgaven med tjenestetildeling en av faktorene som det anbefales å jobbe med.

Tjenestebestillingen og tildelingen består av saksbehandling / tjenestetildeling. Funksjonen koordinerende enhet og hverdagsrehabilitering ses i sammenheng og har felles ansvar for målretta tjenestetildeling.

RO anbefaler at tjenestetildelingsfunksjonen gis ekstra oppmerksomhet og videreutvikling, fordi dette er en av nøkkelfunksjonene i den omstillinga som kommunen ønsker for framtidig bærekraft.

I dag er det Koordinerende enhet / Hægebostad kommunale sentrale tiltaksteam som står for tildeling av alle tjenester innen pleie- og omsorgstjenesten.

Organiseringen er pr. i dag som følger:

Tiltaksteamet / Koordinerende enhet Faste medlemmer:

Institusjon	Funksjon	Navn
Eiken bu- og omsorgssenter	Avdelingsleder	Alf Vatne
Avdeling for funksjonshemmede	Avdelingsleder	Arnfinn Hobbesland
Hjemmebasert omsorg	Avdelingsleder	Audhild Flottorp
Kommuneoverlege	Tilsynslege	David Goksem
Enhetsleder	Leder	Jerry Brastad
Servicekontoret	Sekretær	Britt Tove Meland

I tillegg blir andre tjenester med i møtene ved behov. eks psykiatri, helsestasjon og rusomsorgen.

Lovgrunnlag

- Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henhold til "Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, § 7-3"
- Bestemmelsen er utdypet i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*
- Enhetsleder for helse- og omsorg innehar rollen som koordinator.

Mandat

- Skal samordne og tildele pleie- og omsorgstjenesteressurser.
 - Tildelingen skal skje i forhold til den enkelte bruker og innenfor vedtatte økonomiske rammer.
 - Samordningen og tildelingen skal skje etter LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå)
- Skal vurdere habilitering og rehabiliteringstiltak for brukere med redusert egenomsorgsevne.
- Skal legge til rette for at bruker kan bo i eget hjem lengst mulig.
- Skal samarbeide med andre avdelinger og etater om felles tiltak overfor den enkelte bruker.
- Skal drøfte og arbeide for forebyggende tiltak både på kort og lang sikt.
- Skal identifisere og påpeke behov for nye tiltak i tjenesten.
- Skal ta initiativ og drøfte problemstillinger som direkte eller indirekte berører brukeren.

Arbeidsgruppa hadde felles informasjon på hvordan tjenestetildelingen ble utført i Hægebostad (Arnfinn orienterte), Kvinesdal (Janne orienterte) og Lyngdal (Gunn Helen orienterte).

Orienteringen var god og satte i gang drøftinger på hva som kunne endres til at tildelingen av omsorgstjenester kunne bli bedre i Hægebostad kommune. Det ble lagt vekt på at kommunene er svært forskjellig i størrelse og derfor ikke var formålstjenlig å kopiere direkte, men fullt mulig å dra ut elementer som kunne være med på å gjøre koordinerende enhet Hægebostad mer rustet for fremtiden.

4.5 Forslag som kom frem i Arbeidsgruppe 2:

- Ny sammensetning av koordinerende enhet (KE). Viktig å inkludere helsestasjon / folkehelse. På kort sikt er forslaget å bytte ut lege med helsestasjonen / folkehelse. Dette bør gjøres fra høsten 2017. Legen kan på lik linje med andre tjenester trekkes inn ved behov. Fordelen med å få inn helsestasjonen / folkehelse er å få opp fokus på forebygging. Tjenesten innehar også kompetanse på tjenestetildeling.
- Arbeidsgruppa vil anbefale å redusere antall faste medlemmer i KE. Et av forslagene var å ha kun 3-4 personer i KE.
- Endringen bør skje når ny fordeling mellom HDO og institusjon er trått i kraft. Dette for å spisse kompetansen til medlemmene. Gi muligheter for økt kunnskap via kurs / videreutdanning. KE bør fortsatt være tverrfaglig.
- Gruppa med hverdagsrehabilitering må samarbeide tett med koordinerende enhet. Det vil også være en stor fordel å få ansatt ergoterapeut i kommunen (krav

fra 2020). Ergoterapeutens kompetanse vil være avgjørende for å gjøre det mulig å nå målet med mindre institusjon og mer hjemmetjeneste.

- Gjøre vedtakene tydeligere i forhold til hva som kan forventes av brukere og kommune.
- Intensivere bruk av og opplysning om velferdsteknologi.
- Fokus på «hva som kan avsluttes?»
- Nye oppjusterte serviceerklæringer.
- Møte i KE minst hver 14. dag.
Hyppigere møter kan føre til kortere varighet av vedtak. Mulighet for å kunne avslutte / justere tilbud raskere.

4.6 Turnus

Ro rapporten sier:

RO vil anbefale at det gjennomføres arbeid med alternative turnuser med brei involvering av ledere, tillitsvalgte og ansatte.

Målet bør være arbeidstidsordning med mest mulig heile stillinger, både med utgangspunkt i brukernes behov, ansattes rettigheter, jfr. lov og avtaleverk, god ressursutnyttelse og økonomistyring.

I pleie og omsorg i Hægebostad er heilstillingsprosenten 12,38, og 41,7 årsverk blir til 105 ansatte. Så mange deltidsstillinger er krevende både for brukerne / pasientene, ansatte, lederne og kommunens økonomi.

Her er det fokus på å få flere store stillinger som igjen skal gi færre folk.

Dette vil igjen kunne gi en positiv effekt både på kvalitet i tjenesten og den jobben det er å administrere mange ansatte.

For å få dette til vil det kreve en stor jobb fra både administrasjon, ansatte og tillitsvalgte.

Kommunen har allerede fokus på heltid / deltidsproblematikken gjennom samarbeid i Lister. Dette samarbeidet kan videreutvikles til å være en drivkraft for å nå målet med flere heltidsstillinger.

I pleie- og omsorgstjenesten jobbes det kontinuerlig med å øke stillingsstørrelsene. En er for tiden inne i en gunstig periode der muligheter for økte stillingsprosent er mulig blant annet på grunn av et generasjonsskifte i personalgruppa.

Det arbeides kontinuerlig med turnus for å tilpasse behovene både i drift og for de ansatte.

Større endringer i grunnturnus er ikke å anbefale før ny struktur hjemmetjeneste / institusjon er kommet i drift.

Endringene i tjenestestrukturen vil uansett tvinge frem nye turnuser, og da å komme med omlegging nå kan fort føre til dobbelt arbeid. Dette vil i praksis si at en stor endring i turnusen ikke gjøres før nye HDO plasser er ferdigstilte.

4.7 Forslag som kom frem i gruppa:

- Vurdere standardiserte stillingsstørrelser. Eksempel reine helge-stillinger (studentstillinger), 60 %, 80 %, 100 %.
Effekten med å ha studentstillinger er at tallene på ufrivillig deltid vi bli mer korrekt. Dette vil også gi rom for flere større stillinger.
- Vurdere ekstra helger/lange vakter på fast ansatte.
- Bemanne alle vakante stillinger. Kan bruke disse ledige stillingsressursene til å øke eksisterende stillinger.
- Bemanne opp over bemanningsplanen. Sette «overskuddet» i vikarpool som brukes til vikariater, sykevikarer, ferievikarer og andrevikarer. Dette gir flere store stillinger, men krever også økte ressurser på å administrere turnusen for og til enhver tid utnytte personalressursene best mulig.
- Jobbe for å lage turnuser som legger til rette for «sømløse» overganger mellom hjemmetjenesten / institusjonstjenesten.
- Fokus på å få inn rett kompetanse.
Den fremtidige omsorgstjeneste er helt avhengig av rett kompetanse på rett plass. Stadig økt krav om dokumentasjon og komplekse tjenestebehov i kommunen gjør krav til riktig kompetanse stadig større.

4.8 Organisering / Ledelse

Arbeidsgruppa skal også vurdere mulighet for omorganisering som resulterer i reduksjon av antall ledere og mellomledere i enheten.

RO rapporten viser at når det gjelder direkte brukerretta innsats i prosent av totalen, skårer Eiken bu- og omsorgssenter nest høyest av sykeheimene i sammenlignings populasjonen, og ligger over gjennomsnittet.

I utgangspunktet kan dette være positivt, men det kan også vise at det er nødvendig med mer en formalisering av fagansvarlige på avdelingene. Stadig mer avanserte sykepleieoppdrag blir lagt til kommunen og bo- og omsorgssenteret. Derfor vil det være nødvendig med en styrkning av fagområdene i avdelingene.

4.9 Forslag som kom frem i gruppa:

- Få formalisert rollene som fagansvarlige på bo- og omsorgssenteret
- Få en god samkjøring / organisering ut fra mindre institusjon, mer hjemmetjenester når nye HDO plasser står ferdige. Dette vil medføre en vridning av mengden administrativ ledelse fra institusjon til hjemmetjenesten. Det kan også være en mulighet for felles leder for institusjon og hjemmesykepleien, men dette krever nye fagansvarlige nedover i organisasjonen.
- Samle rus / psykiatri / folkehelse / helsestasjon / familiekontor under en leder.

6.0 Hovedkonklusjon utarbeidet av prosjektleder:

6.1 Mandat til Arbeidsgruppe 1

Arbeidsgruppe 1 skal legge fram et forslag til hvordan helse- og omsorgstjenestene i Hægebostad kommune kan innrettes for å nå og videreføre vedtatt dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten. Se RO-rapport kap. 7 «Tilråding» for utfyllende informasjon

6.2 Konklusjon fra Arbeidsgruppe 1:

Arbeidsgruppe 1 fremmet 4 alternativer til om- og utbygging av Eiken bo- og omsorgssenter.

Alle alternativ inneholder bygging av 10 nye HDO plasser.

Arbeidsgruppe 1 er samstemte om at en om- og utbygging er en forutsetning for og nå en dimensjonering på tjenesten som er bærekraftig.

Bygging av 10 nye HDO plasser er i samsvar med ønske om å vri tjenesten mot hjemmebasert omsorg.

Politikerrepresentantene ba om bli fristilt fra å anbefale ett av alternativene - i denne omgang - siden de skal være med å gjøre endelig vedtak på et senere tidspunkt.

Alternativ 1:

Arbeidsgruppe 1 vil enstemmig anbefale alternativ 1.

Prosjektleders kommentar:

Arbeidsgruppens valg vurderes som lite spesielt når en tar i betraktning at senil dementavdelingen ble planlagt over flere år, for å oppnå den mest optimale avdelingsstruktur for demente. Det ble også opparbeidet en terapihage – tilsluttet avdelingen – som en vil «miste» ved flytting av dementavdelingen over til en av sykehjemsavdelingene.

Alternativ 2:

Arbeidsgruppe 1 mener at dette alternativet vil gi negative konsekvenser for de demente pasientene.

Alternativ 3:

Arbeidsgruppe 1 mener at dette alternativet vil kreve mye ombygging av avdeling B, og det stilles spørsmål med om det kan gjennomføres med pasienter på avdelingen.

En omgjøring av avd. C til omsorgsboliger mener gruppa vil være økonomisk ugunstig for denne type pasienter.

Alternativ 4:

Arbeidsgruppe 1 ser dette forslaget som lite eller ikke gjennomførbart. Begrunner dette standpunktet med at det er prøvd i flere år å redusere antall pasienter - for å legge ned hele eller deler av avdelingen - uten å lykkes.

6.3 Mandat til Arbeidsgruppe 2:

Arbeidsgruppe 2 skal legge fram et forslag til hvordan Hægebostad kommune kan utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for å nå og videreføre vedtatt dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidsgruppa skal også vurdere mulighet for omorganisering som resulterer i reduksjon av antall ledere og mellomledere i enheten.

6.4 Konklusjon fra Arbeidsgruppe 2:**a) Tjenestetildeling**

- Ny sammensetning av koordinerende enhet (KE).
Arbeidsgruppa forslår å bytte ut lege med helsestasjonen / folkehelse og redusere antall faste medlemmer i KE
- Gruppa som arbeider med hverdagsrehabilitering må ha et tettere samarbeide med KE.
Det vil også være en stor fordel å få ansatt ergoterapeut i kommunen (krav fra 2020).
- Gjøre tjeneste vedtakene tydeligere i forhold til hva som kan forventes av brukerne og hva brukerne kan forvente av kommune.
- Intensivere bruk av og opplysning om velferdsteknologi.
- Fokus på «hvilke tjenester som kan avsluttes?»
- Nye oppjusterte serviceerklæringer.
- Møte i KE minst hver 14. dag.

Prosjektlederens kommentar:

Utskifting av en person i KE vil sannsynligvis ikke gi særlig økonomisk bærekraftig framtid.

Prosjektleders forslag:

Skal en gjøre noe med KE må en først og fremst få inn ny ledelse (enhetsleder er leder i dag).

Antallet medlemmer i seg selv - i KE - har sannsynlig svært liten betydning økonomisk.

Som ny KE struktur foreslås det at den enkelte avd. leder - som mottar søknad til sin avdeling - foretar hjemmebesøk hos søker, og skriver en pleie- og sosialrapport.

Deretter skrives det sak med sammendrag av situasjonen (hentet fra pleie-

og sosialrapporten), faglig vurdering (begrunnet i lov og kommunale serviceerklæringer) og konklusjon, samt forslag til vedtak.

Saken drøftes i KE for endelig vedtak, som sendes bruker.

Dersom bruker påklager vedtaket tar KE saken opp til ny vurdering.

Opprettholdes vedtaket sendes det videre til enhetsleder som komplementerer saken, og sender den videre til formannskap eller fylkesmann.

b) Turnus

- Vurdere standardiserte stillingsstørrelser.
- Bemanne alle vakante stillinger.
- Bemanne opp over bemanningsplanen.
- Jobbe for å lage turnuser som legger til rette for «sømløse» overganger mellom hjemmetjenesten / institusjonstjenesten.
- Fokus på å få inn rett kompetanse til rett tid og rett sted.

c) Organisering / ledelse

Arbeidsgruppe 2 skal også vurdere mulighet for omorganisering som resulterer i reduksjon av antall ledere og mellomledere i enheten.

- RO rapporten viser at når det gjelder direkte brukerretra innsats i prosent av totalen, skårer Eiken bu- og omsorgssenter nest høyest av sykeheimene i sammenlignings populasjonen, og ligger over gjennomsnittet.
- I utgangspunktet kan dette være positivt, men det kan også vise at det er nødvendig med mer en formalisering av fagansvarlige på avdelingene. Stadig mer avanserte sykepleieoppdrag blir lagt til kommunen og bo- og omsorgssenteret. Derfor vil det være nødvendig med en styrkning av fagområdene i avdelingene.
- Få formalisert rollene som fagansvarlige på bo- og omsorgssenteret
- Få en god samkjøring / organisering ut fra mindre institusjon, mer hjemmetjenester når nye HDO plasser står ferdige. Dette vil medføre en vridning av mengden administrativ ledelse fra institusjon til hjemmetjenesten. Det kan også være en mulighet for felles leder for institusjon og hjemmesykepleien, men dette krever nye fagansvarlige nedover i organisasjonen.
- Samle rus / psykiatri / folkehelse / helsestasjon / familiekontor under en leder.