

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Mandat</b>	<b>2</b>
<b>2. Beskrivelse av dagens situasjon</b>	<b>3</b>
<b>3. Tiltak med vurdering</b>	<b>10</b>
3.1 Tiltak A.....	10
3.2 Tiltak B.....	11
3.3 Tiltak C.....	12
<b>4. Konklusjon og anbefaling</b>	<b>16</b>
<b>Eventuelle vedlegg</b>	<b>16</b>

## 1. Mandat

Prosessgruppas mandat til arbeidsgruppe 1, 2022:

### Hovedmål for arbeidsgruppa:

- Fremme forslag til hvordan en teambasert organisering av hjemmebaserte tjenester kan se ut, der et av hovedprinsippene er at vi organiserer oss slik at brukeren står i sentrum.

### Herunder følgende delmål:

- Beskrive teambasert organisering som alternativ til dagens geografiske organisering.
- Beskrive hvilke områder som trenger generaliserte team, og hvilke som trenger spesialiserte team for eksempel kreft, palliasjon, demens, virtuell avdeling, hverdagsmestring, psykisk helse og rus og praktisk bistand. Fremme forslag til alternative team dersom det er behov for det.
- Fremme forslag til hvordan et sykepleierteam kan organiseres og fungere.
- Beskrive hva som er hensiktsmessig omfang av et team, og hvordan disse kan organiseres inn i ulike avdelinger.
- Beskrive behov for lokaler for en samlokalisert hjemmetjeneste (inkludert praktisk bistand).
- Utarbeide en turnus i samsvar med foreslåtte teamorganisering.

For øvrig skal arbeidsgruppa arbeide innenfor de mål og strategier som ligger i prosjektplanen for prosessen organisering og ledelse.

### Sammensetning av gruppa:

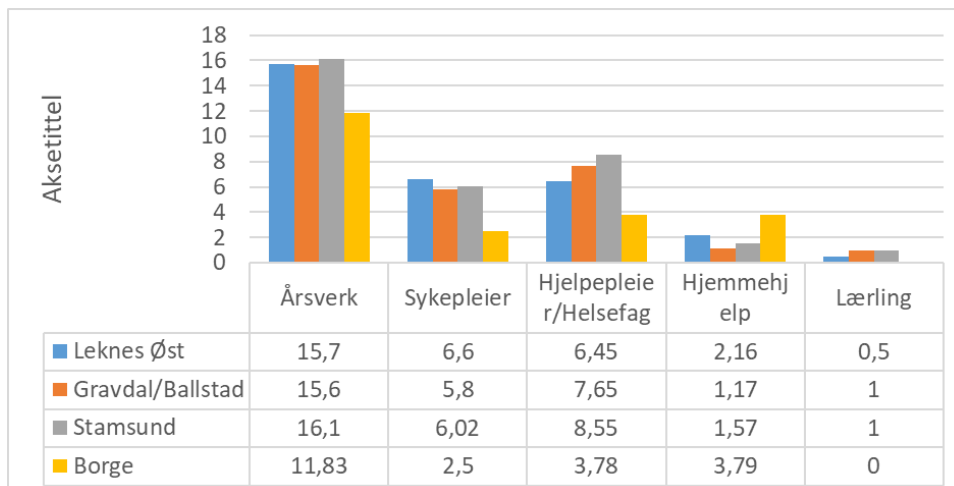
Navn	Funksjon
Bente Anita Solås	leder
Bente Hansen	medlem
Isabell Pedersen	medlem
Trude Hartviksen	sekretær
Veronika	hovedtillitsvalgt
Arne Christoffersen	brugerrepresentant

## 2. Beskrivelse av dagens situasjon

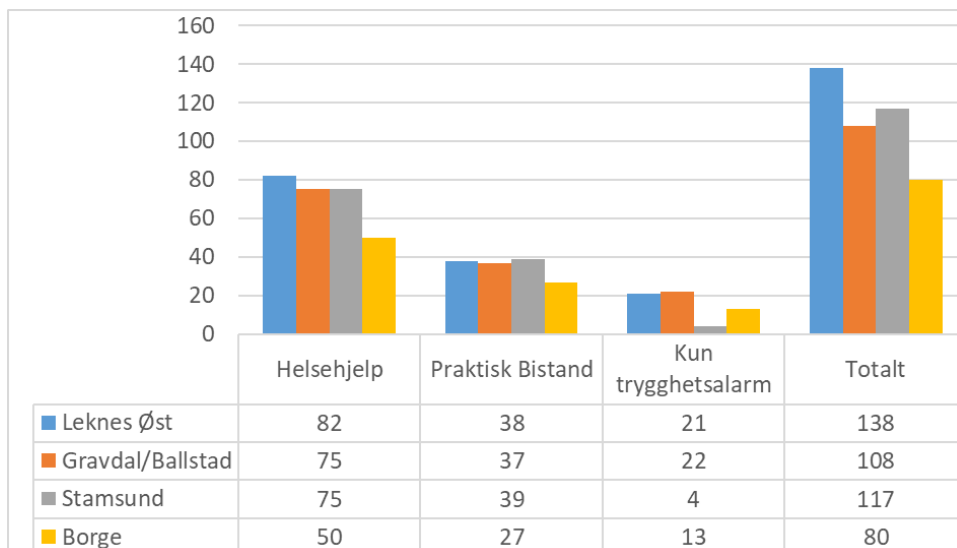
### Dagens situasjon i Vestvågøy

Hjemmetjenesten i Vestvågøy kommune består i dag av en enhet med fem avdelinger, en med psykisk helse og rus samt fire avdelinger med ordinær hjemmetjeneste som er organisert etter geografiske områder. Denne arbeidsgruppa er rettet mot de fire avdelingene, og hvordan vi kan få til en teambasert organisering av hjemmebaserte tjenester. Hjemmetjenesten har til sammen 59 årsverk, ca. 95 ansatte med faste ansatte og vikarer. Vi har totalt ca. 425 brukere som mottar helsehjelp og praktisk bistand. I turnus har vi ca. 36 personer på dagvakt på ukedagene, og 20 stk. som arbeider lørdag og søndag på dagvakt. Det er 11 personer som er på kveldsvakt alle dagene i uken. De fire avdelingene er bemannet med sykepleier, helsefagarbeider og hjemmehjelper, samt avdelingsledere i 100% stilling. Hjemmetjenesten samarbeider med hverdagsrehabilitering, demensteamet, avdeling for forskning, utvikling og innovasjon, dagsenter for demente, fysioterapitjenesten, to legesenter og hjelpemiddeltjenesten.

Under vises hvordan ressursene (antall årsverk) er fordelt mellom de fire avdelingene vi har i dag.



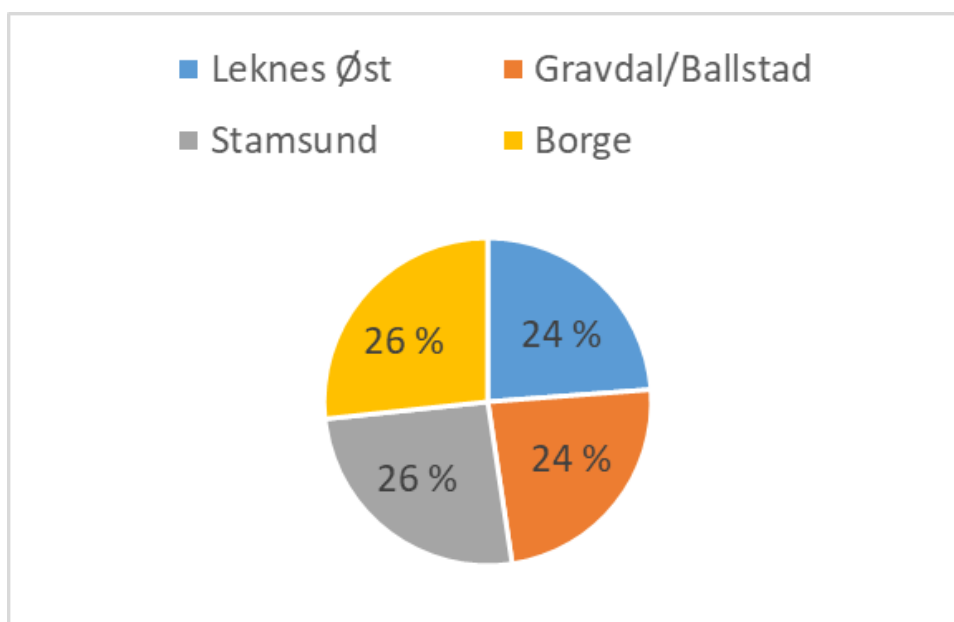
Hjemmetjenesten sine fire avdelinger har brukere i aldersgruppen 3 - 101 år som mottar tjenester, både helsehjelp og praktisk bistand. Under vises antall tjenestemottakere fordelt på de fire avdelingene.



### Bilparken

Vestvågøy kommune har ca. 35 biler tilgjengelig for hjemmetjenesten, der halvparten er EL-biler. Ikke alle avdelinger har tilgang på 4WD noe som gir utfordringer på vinteren, med tanke på å komme seg frem i tide. Det kan nevnes at EL-bilene ikke fungerer godt nok på vinterføre. De tar seg dårlig frem når det blir snø, og vi har ofte sleping for å komme løs på flat mark. Da må pleierne bruke av arbeidstiden til å vente på å komme seg løs. Det brukes også mye tid på vinteren til å skrape is av bilene og måke de frem før bruk. Dette er dyrebar tid som skulle vært brukt til å gi helsehjelp til brukerne. Det ville vært mye tid spart med å ha carport til bilene. Likeledes er det en tidstyv at en avdeling ikke har ladestasjonen til bilene ved kontoret, men at ansatte må gå et stykke for å hente og levere biler til lading. Ut ifra målinger gjort i 2019 ser vi at de ansatte bruker mye av arbeidstiden i bilen, dette er kjøring mellom brukerne, til lege, apotek, lager ved sykehjemmet, middagskjøring og til samarbeidsmøter.

Under viser kjøretid i prosent av arbeidstiden, fordelt på avdelingen.



### Ressurser og bemanning

Bemanningen i hjemmetjenesten ble sist justert i 2008, og siden da har vi fått innført samhandlingsreformen, "Leve hele livet" og nedbemanning på institusjonene med dreining til at helsetjenester i større grad skal gis i eget hjem. Dette gjør at dagens bemanning ikke er dimensjonert og organisert for å kunne gi helsehjelp hjemme til de sykeste brukerne. Det er spesielt bemanning på helg som oppleves å være for dårlig. Bemanningen er halvert i helgene, og det er for mange ufaglærte som står i turnusen på helg. Dette gjør det utfordrende å handtere de sykeste brukerne i helgene. Det er ønskelig å både øke kompetansen og antall ansatte i helgene, dagens brukere har like stort behov for helsehjelp i helgene som på en ukedag.

### Lokaler

Avdelingene i hjemmetjenesten er i dag lokalisert med kontor i det geografiske området de har brukerne plassert i. Flere av avdelingene har ikke kontorlokaler som tilsvarer arbeidsmiljøloven sine krav, dette med tanke på størrelse, garderobe, parkeringsmuligheter, godkjente medisinerom, møterom og inneklime. Avdelingene har heller ikke godt nok IT-utstyr etter dages krav. Dette gjør drift og utvikling vanskelig.

### Rekruttering

De siste årene har det vært utfordrende å rekruttere nok fagfolk til hjemmetjenesten, og da spesielt sykepleiere. Ved flere avdelinger er det vakante stillinger, noen av disse blir i perioder dekket opp av sykepleiere som kommer sørfra for å være i Lofoten en liten stund. Dette har i perioder berget driften vår.

### Hva må på plass for å lykkes med ny organisering

- Sykepleiere i alle stillinger
- Tilpassede lokaler for samlokalisering og bedre samhandling

- Ikke for store avdelinger (lik dagens avdelinger, max 130 brukere, 25 ansatte)
- Ikke for stort lederspenn, nærledelse
- Elektroniske kjørelister, Profil
- Tilført sykepleierressurser/helsefagressurser for å få bedre fagkompetanse på helgene.
- Redusere uønsket deltid, bedre kontinuitet i driften
- Jobbe langsiktig med disse endringene, små steg
- Styrke hjelpemiddeltjenesten så brukerne får hjelpemidlene fort på plass, redusere kostnadsdrivende behov for korttidsopphold ved institusjon og sykehus
- Medvirkning fra alle ansatte
- Brukermedvirkning
- At støttekontaktene ivaretas av egen koordinator, inngåelse av kontrakter/oppfølging/timelister/kjørelister etc.
- Begrense telefontiden i hjemmetjenesten, unngå avbrytelser under utførelse av tjenestene våre, gjerne egne personer som håndterer telefonkontakt
- Biler som fungerer på vinteren
- Nødvendig IT-utsyr som fungerer, tidsbesparende
- Tilførte ressurser i tråd med nedtak av sykehjemsplasser, dreining til hjemmebaserte tjenester

### Kunnskapsgrunnlaget

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver hvordan mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med kronisk og langvarig sykdom og brukere med store og sammensatte behov. Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelse dersom tjenestene var bedre organisert. Helse- og mestringstjenestene må i større grad utvikles ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og profesjoner. Meldingen beskriver hvordan det kan legges til rette for bedre koordinerte tjenester hvor helsepersonell arbeider i flerfaglige team.

I nasjonal helse- og sykehusplan kommer det frem at teamarbeid må til for å gi helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasientene. Solid kompetanse i egne fag er en forutsetning for godt teamarbeid. Et kompetent team er som regel et team der de ansatte trives. Et godt arbeidsmiljø og høy trivsel bidrar også sannsynligvis til å fremme heltidskultur, få ned sykefraværet, og motivere ansatte til å stå i jobb lenger. I et slikt team er kulturen gått fra å måtte bidra til endring til å ville bidra til endring. Det er også funnet en positiv sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø og kliniske resultater i pasientbehandlingen.

Sett i forhold til den demografiske utviklingen vil tilgjengelig helsepersonell med riktig kompetanse være en økende utfordring for fremtiden. Mens det i dag er rundt 11,5 yrkesaktive innbyggere vil det i 2050 være 4,5 yrkesaktive innbyggere pr person over 80 år. Disse personene skal utøve alle typer tjenester i samfunnet vårt - eksempelvis være bussjåfør, frisør, betjene kassene i alle butikker, lærere, snekkere, helsepersonell, med

videre. I praksis vil dette si at vi er færre til å gjøre dagens tjenester samtidig som vi vil få ytterligere oppgaver som eksempelvis overføres fra 2. til 1.-linjenivå. Denne utviklingen innebærer at det ikke bare er kunnskapsmessige fordeler med en endret organisering, men også en ressursmessig umulighet å fortsette driften slik den fremstår i dag.

I Vestvågøy kommune ser vi allerede at faglige krav til spesialisert kunnskap for enkelte brukergrupper ikke kan møtes når alle skal kunne alt om alt. Tilbudet hjemmetjenesten yter er forskjellig ut fra hvor du bor, det er utfordrende å rekruttere til enkelte sektorer, og det er utfordrende å oppnå en heltidskultur.

Av de funn som ble gjort i arbeidsgruppen for teambasert hjemmetjeneste fra 2021, fremkom det at det vil være helt avgjørende at våre tjenester ytes på en mer ressursbesparende måte samtidig som vi må finne en klokere måte å utnytte våre tilgjengelige ressurser på. Dette må også samsvare med en ivaretagende mestringstrapp med tilhørende tjenestebeskrivelse.

Vestvågøy kommune har allerede fått en god del erfaringer rundt det å etablere team. Pr. i dag har vi fire team i tjenesten:

- Et hverdagsrehabiliteringsteam som arbeider hos hjemmeboende brukere i hele kommunen.
- Et FACT-team som arbeider på tvers av Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan kommuner samt Nordlandssykehuset HF.
- Et team for rask psykisk helsehjelp som er et lavterskeltilbud (trenger ikke vedtak) med et tilbud til alle personer fra 16 år og oppover for Vestvågøy, Flakstad og Moskenes – og hvor Vågan straks kobler seg på.
- Nattpatruljen som yter hjemmesykepleie til hele Vestvågøy, med base på Leknes Bo- og Service

### Satsing på hjemmebaserte tjenester

Innbyggernes behov og de demografiske endringene (flere eldre) krever som beskrevet en sterkere satsing på hjemmebaserte tjenester. Denne satsingen vil ha flere viktige elementer:

- Et løft i **kompetanse**, knyttet til rekruttering (spesielt for høyskolegruppene), videreutdanning, og muligheter for å bruke kompetansen til de ulike faggruppene spisset mot innbyrernes behov.
- Et løft i **organisering**, der brukere med særlige behov får tjenester fra team som spisser kunnskapen innenfor dette feltet, og der ansatte får mulighet til å bruke sin kompetanse på en bedre måte. Eksempler på slike team er innenfor hverdagsrehabilitering, demens, og palliativ omsorg (herunder kreft).
- Et løft i **byggene**, der hjemmetjenesten får nye lokaler tilrettelagt for god samhandling og effektiv tidsbruk (bl.a. med garasje til tjenestebilene).
- Et **digitalt løft**, der tjenester knyttet til kommunikasjon med, oppfølging av og trygghet for brukeren flyttes til digitale plattformer der dette er mulig.

### Nærledelse og heltidskultur

Flere workshops, ledermøter og samhandlingsarenaer innen Helse og Mestring konkluderer med viktigheten av å ha nærledelse. Det såkalte lederspennet (antall personer en leder har ansvaret for å følge opp og som også rapporterer inn til lederen) bør ikke være for stort. Vi

ser at dagens organisering medfører stor variasjon i denne sammenheng, og at det i flere avdelinger allerede er for høyt lederspenn.

I en rapport fra Helsedirektoratet "Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten" fra 2021, fremkommer det at ledere som har ansvar for mange ansatte (blant annet grunnet deltidbruken i tjenestene), kan risikere å bruke en stor del av arbeidsdagen til personaloppfølging. Stort lederspenn kan dermed hindre arbeidet med å gjennomføre nødvendige endringer og innovasjon i sektoren. Samtidig påvirker et stort lederspenn jobbengasjement, prestasjon, tilfredshet, og turnover (ansatte som slutter og nye som tilsettes). Vi vil derfor rette oppmerksomheten på at det i denne forbindelse er problematisk at lederspennet i kommunal helse- og mestringstjeneste er svært høyt.

Heltidskultur har Vestvågøy kommune arbeidet med gjennom prosjektdeltakelse i KS for noen år tilbake. Dette arbeidet har ikke blitt fulgt opp på overordnet nivå i organisasjonen vår i etterkant og har dermed ikke vært gjenstand for bevisstgjøring på de naturlige plattformene hvor ledere møtes for å samtale om blant annet fag og drift.

Alle ansatte har et behov for å bli sett og fulgt opp av sin leder i arbeidshverdagen. Flere heltidsstillinger reduserer antall personer som følge av deltidstillinger og gir dermed lederne økt mulighet for nærledelse. Samtidig gjør dette at de som mottar tjenester fra oss, får færre enkeltpersoner å forholde seg til. Rekrutteringsmessig vil det være en fordel med tanke på å få fagfolk inn i stillingene, da de fleste ønsker fulle stillinger av de som besitter høyere formalkompetanse.

### Koordinering av tjenester

Vestvågøy kommune har etter hvert flere brukere som har et større behov for koordinering av sine tjenester. I hjemmetjenesten ser vi dette spesielt innenfor eksempelvis den palliative tjenesten for kreft, ALS og MS.

Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet "Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator" sier følgende:

*«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. [helse- omsorgstjenesteloven § 7-2](#). Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.»*

Spesielt i forhold til samhandlingen som er avgjørende på tvers av fagområder er det viktig å koordinere tjenestene bedre, men også mellom tjenestenivå som 1. og 2.-linjetjenesten.

### **Beskrivelse fra andre kommuner.**

#### Tromsø kommune:

Kommunen har opprettet et sykepleieteam da de erfarte at de sjeldent hadde tid til det rent sykepleiefaglige når de var i «storavdelingen». Denne endringen har ført til at det nå er lettere å rekruttere sykepleiere.



Kommunens anbefaling er at det, parallelt med endret organisering, bør arbeides med oppgavedelingen mellom faggruppene sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Ved endringen så de at dette også involverte andre faggrupper.

Anbefalingen er at oppgavedelingen bør gjøres først – deretter team-inndelingen.

Tidslinja: 3 utesoner – omgjort til 2 for å fordele sykepleierressurser. 11 måneders planleggingsperiode.

De opprettet ett sykepleieteam som fungerer i to avdelinger. Teamet er dermed «delt i to» hvorpå avdelingslederne må være samkjørte. I sykepleierteamet ruller de på koordinatorfunksjon mellom teamets medlemmer. Når noen innehar koordinatorfunksjonen går de bare dagvakter. Det er alltid en sykepleier i avdelingen når teamet er fulltallig.

Helsefagarbeidere må ha eierskap ved en slik endring – en såkalt modningsfase var viktig å ta høyde for slik at de får et mer bevisst forhold til at de får bruke sitt eget fag.

For å kartlegge hvilke oppgaver som hørte til hvilken faggruppe, benyttet de seg av en prosjektperiode med Johansens metode. I dette arbeidet måtte lederne må være tydelige pådrivere.

Koordinator i teamet går bare dagvakter. De forvalter blant annet ut- og innskrivelse, overføringer og pasientflyten.

Fordeling av pasienter i teamet, gjøres av teamet og lederne.

Praktisk bistand/hjemmehjelpene er organisert i egen avdeling.

Etter hvert ønsker de også å etablere spesifikke ressursgrupper eksempelvis demensteam og kreft/palliasjon.

For å få god oversikt og mulighet for god planlegging, benytter de seg av elektronisk arbeidsliste i Profil.

#### Risør kommune:

Risør kommune har på bakgrunn av endringer i samfunnet, endringer i oppgaver og forventninger og endringer i demografien, gjennomført en organiseringsprosess for å sikre kostnadseffektive tjenester-god ressursutnyttelse, helhetlige tjeneste-/brukerforløp inkludert en dør inn, og for å gi god forvaltning og koordinering.

I hjemmetjenesten har Risør til sammen 49 årsverk, ca 100 ansatte (inkl vikarer). De har 17 biler og 1 minibuss. Hjemmetjenesten i Risør har ca 250 brukere. I turnus har de 16-17 personer på dagvakt – 11stk lør/søn og 10 personer på kveldsvakt – likt hele uken.

Hjemmetjenesten her er organisert i 8 ulike team. De 8 ulike teamene er ett hverdagsrehabiliteringsteam, ett kreft/palliasjon-team, ett hjerte-/kar-/kolsteam, ett demensteam, ett dagsentersteam, og tre all-round-team. Dagsenter, hjelpemiddeltjeneste, fysioterapi og ergoterapi, samt korttidsavdelingen er organisert i samme enhet.

For mer informasjon: <https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/delingskultur-gir-gode-dager>.

### Vågan kommune – demens

Kommunen har opprettet et arbeidslag (team) som består av 8-9 årsverk. Det gjøres en vurdering av brukere med demens og et utplukk av de som har størst behov av tjenester som arbeidslaget skal følge opp på en helhetlig måte.

Spisskompetanse på andre områder enn demens og det som arbeidslaget måtte ha som kompetanseområde, hentes inn i arbeidslaget når de ser at dette er nødvendig.

Hvis en ektefelle/samboer av brukeren også trenger helsetjenester, tas denne også inn i deres arbeide.

### Bø kommune – oppfølgingsteam

Kommunen har en koordinerende enhet (KE) hvor det er 2 ansatte. De mottar søknadene og gjennomfører samarbeidsmøter med de ulike tjenestene (hjemmesykepleien, psykisk helse og rus, rektor fra aktuell skole og angjeldende institusjoner) for å finne frem til riktig tjeneste i forhold til behovet hos innbyggeren.

KE oppretter oppfølgingsteamet og det velges så en koordinator i hvert team.

## **3. Tiltak med vurdering**

### 3.1 Tiltak A: Oppretting av demensteam, palliasjonsteam, innsatsteam, generalistteam, hjemmehjelp/praktisk bistand og oppfølgingsteam

Beskrivelse av tiltaket:

*Alle team* opprettes og yter bistand på tvers av alle avdelinger som yter hjemmesykepleie (Leknes Øst, Leknes Vest, Stamsund, Borge og Gravdal/Ballstad.

*Alle team* gjør i samarbeid med avdelingsledere og tildelingsenheten et utplukk av den totale mengden av innbyggere som mottar og søker tjenester, og som anses for å ha mest behov av de som faller inn under det fagområdet teamet representerer.

*Alle team* samarbeider med og knytter til seg den faglige konsultative og utøvende bistand som anses nødvendig ut fra situasjonsbestemte vurderinger.

**Demensteam** opprettes og består av sykepleiere, helsefagarbeidere og ergoterapeut. Lege og fysioterapeut vil være aktuelle og nære samarbeidspartnere.

**Palliasjonsteam** opprettes og består av sykepleiere hvor lege vil være nær samarbeidspartner. Teamet håndterer koordinatorfunksjon for pasientene og yter palliasjon for blant annet kreft-, ALS- og MS-pasienter.

**Innsatsteam** opprettes og består av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og saksbehandler fra tildelingsenheten. Teamet følger nye søkere på tjenester de første 2 uker slik at vi finner rett tjenestenivå og får fattet vedtak som blir godt kvalitetssikret. Dette bidrar også til likebehandling.

**Generalistteam** opprettes. Det vil være behov for 3-4 slike team og de består av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Lærlinger vil primært ha sitt virke i disse teamene.

**Hjemmehjelpsteam** opprettes og består av assistenter. Teamet yter praktisk bistand til de som har vedtak om dette.

**Oppfølgingsteam** opprettes etter behov. Det etableres team for hver person som har store og sammensatte behov. Utvalg av personer i teamene gjøres i samarbeid med koordinerende enhet, aktuelle avdelingsledere og enhetsledere, samt aktuelle institusjoner. Konsultativ bistand vil være viktig å hente inn når situasjonsbildet tilsier det ut fra faglige vurderinger. Disse teamene vil være fleksible med tanke på hvem som sitter i teamene og hvem som innehar koordinatorkfunksjonen.

Flere team kan være aktuelt å se på etter hvert som organiseringen er på plass og tilgjengelige ressurser tillater det. Eksempler kan være et team for psykisk helse og rus, slag, ernæring/diabetes etc.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste  
Brukerne vil generelt oppleve færre antall personer som er inne og yter tjenester. Tjenesten og behovene blir mer samordnet i samspill med de aktuelle faginstanser. Fagkompetansen vil på sikt øke som følge av god kontinuitet av ansatte som utfører tjenestene i de respektive teamene.
- Medarbeidere/organisasjon  
Medarbeiderne vil kunne videreutvikle sin interesse og fagkompetanse innenfor de felt som teamene representerer. Økt forutsigbarhet og kontinuitet i tjenesten både for ansatte og overordnet nivå i organisasjonen. Forskning viser at teambasert arbeid øker trivsel hos ansatte, samt gir større mulighet for en heltidskultur.
- Ressursbruk/økonomi  
Tid som ressurs vil måtte brukes for iverksettelse av tiltaket. En teambasert organiseringsmodell har vist seg å være mer kostnadseffektiv. Det vil også være ressursbesparende å samle dagens avdelinger i felles lokaler med felles tilgang til tjenestebiler.  
Det må bestilles et forprosjekt for fremtidige lokaler til hjemmesykepleien og nødvendig investeringsbeløp må sikres i fremtidige økonomiplaner.
- Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse  
Det anbefales å prioritere etableringen av palliativt team og innsatsteam først, i en småskalapilotering høsten 2022.  
Innsatsteamet består blant annet av ergoterapeut og fysioterapeut. Slike stillinger finnes ikke pr i dag i avdelingene våre, og følgelig vil det måtte gjøres om på stillinger slik at denne kompetansen sikres. Dette kan gjøres ved naturlig avgang i stillinger og ved ledighet i stillinger.  
I praksis vil vi kunne etablere palliativt team tidligere på høsten enn innsatsteamet, siden sistnevnte krever en prosess med partene i arbeidslivet først.

### 3.2 Tiltak B: Oppretting av innsatsteam, demensteam, palliativt team, psykisk helse og rus team, og team for praktisk bistand

Beskrivelse av tiltaket:

Hjemmetjenesten beholdes som en enhet med fire avdelinger. Avdelingene består av spesialiserte og generaliserte team med en størst mulig lik fordeling av antall ansatte og brukere. Både enhetsleder og avdelingsleder arbeider i 100% lederstillinger. Hvert team har en koordinator på hver vakt.

Det foreslås 10 team: et innsatsteam som inkluderer utredning, hverdagsrehabilitering og forsterket helsehjelp i hjemmet, ett demensteam, ett palliativt team (inkludert kreft), ett team for psykisk helse og rus, ett team for praktisk bistand, nattpatruljen og 4 generalistteam. Det anbefales at de spesialiserte teamene er tverrfaglige (se tiltak A) og inkluderer Bo og service. Dagens nattpatrulje beholdes, øvrige team bemannes for dag, kveld, helg og helligdager med en styrking av helg og helligdager sett i forhold til dagens situasjon.

Konsekvenser av tiltaket for:

#### Brukere/tjeneste

Brukerne vil generelt oppleve færre antall personer som er inne og yter tjenester. Tjenesten og behovene blir mer samordnet i samspill med de aktuelle faginstanser. Fagkompetansen vil på sikt øke som følge av iverksatt kompetanseprogram og god kontinuitet av ansatte som utfører tjenestene i de respektive teamene.

#### Medarbeidere/organisasjon

Medarbeiderne vil kunne videreutvikle sin interesse og fagkompetanse innenfor de felt som teamene representerer. Økt forutsigbarhet og kontinuitet i tjenesten både for ansatte og overordnet nivå i organisasjonen. Forskning viser at teambasert arbeid øker trivsel hos ansatte, samt gir større mulighet for heltidskultur.

#### Ressursbruk/økonomi

En teambasert organiseringsmodell har vist seg å være mer kostnadseffektiv, det vil også være ressursbesparende å samle dagens avdelinger i felles lokaler med felles tilgang til tjenestebiler.

#### Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse

Det anbefales å prioritere etableringen av palliativt team først i en småskala-pilotering i påvente av at tilfredsstillende lokaler er på plass. Oppstart bør være høsten 2022.

### 3.3 Tiltak C: sykepleierteam og hjemmehjelpteam

Hjemmetjenesten beholdes som en enhet med fire avdelinger. De fire avdelingene drifter som tverrfaglige team, med sykepleiere, helsefagarbeidere og hjemmehjelpere (Assistenten). Leknes Øst, Stamsund, Borge og Gravdal/Ballstad. Hver av de fire avdelingene skal ha en avdelingsleder i 100% for å opprettholde nærledelse. Av erfaring ser vi at en avdeling ikke bør være større enn dagens avdelinger på ca. 16 årsverk og 130 brukere. Dette for å ha en oversiktlig drift med godt arbeidsmiljø og gode tjenester med bruker i sentrum.

Avdeling Leknes Øst og Gravdal/Ballstad kan med fordel samlokalisere i felles kontorbygg, men driftes separat. Her ville det vært en fordel at enhetsleder for hjemmetjenesten, hverdagsrehabiliteringen, kreftkoordinator, demensteam og fagutviklingspsykepleier kunne

hatt kontor under samme tak. Det ville styrke samhandlingen og bedre tilgang på kompetanse. Avdeling Borge og Stamsund bør være lokalisert i sine områder da det vil bli for lang responstid om de skulle ha kontorer på Leknes.

Lederteamet i hjemmetjenesten opprettholdes med jevnlig møter med klare visjoner og mål. Fagsykepleierne i avdelingene, Kreftkoordinator og demensteam bør også delta på ledermøtene en gang pr. måned, for å dra inn faglige utfordringer i møtene, og på den måten bidra til utvikling og samhandling på tvers.

Det bør opprettes en fagsykepleiestilling på hver av de fire avdelingen. Dette vil være en sykepleier som arbeider i turnus med 50% fagutvikling og 50% ordinære sykepleieroppgaver. Dette vil være en styrke for å heve kvaliteten i avdelingene, og en støtte til leder for å opprettholde et systematisk kvalitetsarbeid i avdelingen. Denne fagsykepleieren skal også ha et utvidet ansvar for Elektroniske arbeidslister i Profil. Disse fire fagsykepleieren skal ha fast møtetid med hverandre fastsatt i turnus, slik at det blir samhandling på tvers av avdelingen. Her vil FUI-avdelingen i kommunen også være en god samarbeidspartner for implementering av ny kunnskap ned på avdelingsnivå.

Hver avdeling bør også ha ansvarlig sykepleier og helsefagarbeider som samhandler med saksbehandler på tildelingskontoret, i forbindelse med tildeling av tjenester. Leder skal også involveres i dette arbeidet. Dette skal være med på å finne riktig tjenestenivå og sette bruker i sentrum. Tildelingskontret bør ha et fast team av saksbehandlere som er med på å tildele tjenesten til brukerne av hjemmetjenesten. Dette for å sikre at brukerne få lik behandling uavhengig av hvilken avdeling og saksbehandler de har. Viser til lov om pasient og brukerrettigheter (1999) som sier at det skal sikres lik tilgang på tjenester av god kvalitet.

Det opprettes et sykepleierteam på tvers av alle avdelingene, dette består av sykepleiere som arbeider turnus på sine respektive avdelinger, men tas ut av turnus på noen vakter for å være i teamet. Dette teamet samordnes også med Leknes bo og service. Turnusene på avdelingene samordnes slik at det alltid er en sykepleier tilgjengelig på vakt på kveld og helg, og skal da være på topp slik at de kan rykke ut på nødvendige oppdrag på tvers av avdelingene. Det er spesielt på kveld og helg at det er vanskelig å opprettholde sykepleiekompetansen på jobb. På dagtid i ukedagene er det alltid nok sykepleiekompetanse tilgjengelig. Disse vil være nødvendige samarbeidspartnere til kreft -og palliasjon-koordinator.

Det opprettes to koordinatorstillinger i Kreft og Palliasjon, 200% stilling som i hovedsak skal arbeide på dagtid, men kan ved behov gå over på kveldsvakt. Disse stillingene skal koordinere tjenestene i kommunen, og samhandle med sykepleierne i avdelingene samt koordinere tjenestene mellom sykehus og kommune. Lik Tromsø sin kommune.

Dagens demensteam beholdes slik det er nå ved at de jobber med utredning, kartlegging og veiledning. Arbeidstiden økes fra en dag til fem dager i uken, da vi ser at det er behov for mere kapasitet til dette arbeidet. Spesielt viktig å bistå i vanskelige saker. Det er viktig at demensteamet samhandler med avdelingene og dagsenter for personer med demens. Teamet består av tre sykepleiere som arbeider dagtid. Det er også ønskelig å styrke dagsenter for personer med demens ved at de har kapasitet til å ta flere brukere og kan ha åpent på kveldstid også. Vi ser også behov for at dagsenteret får større lokale med bedre mulighet for å skjerme brukerne, slik at brukerne i større grad kan få tilpassede tjenester.

Hjemmehjelpene arbeider i dag på hver enkelt avdeling og inngår i turnusen for å få turnusen til å gå opp i helgene. Det medfører at de i ukedagen jobber med husvask, og i helgene skal de arbeide med helsefagoppgaver. Dette gjør det utfordrende i forhold til kompetanse på helgevaktene, det er for lav kompetanse i helgene og denne bør økes om vi skal kunne dreie fra institusjon til hjemmetjeneste. Det er ønskelig at hjemmehjelperne blir organisert i eget team.

Nattpatruljen beholdes slik den er i dag.

#### Støttekontakt

Støttekontaktene bør følges opp av egen koordinator. Budsjettet til støttekontaktene er nå fordelt ut på alle områdene i hjemmetjenesten, dette bør samles slik at en person kjører lønn til alle og dermed få bedre oversikt over denne tjenesten. Lederne vil ha bedre tid til andre nødvendige oppgaver som for eksempel sykeoppfølging og kvalitetsarbeid.

#### Konsekvenser av tiltaket:

Samlokalisering av Leknes Øst og Gravdal vil medføre bedre samhandling, deling av ressurser og kompetanse på vakt. Svakheten er at de andre to avdelingene blir litt på utsiden av dette felleskapet. Det som er viktig er at alle avdelingene samarbeider godt, slik vi gjør i dag.

Ved opprettelse av sykepleierteam vil vi få en bedre kontinuitet på driften i forhold til sykepleierkompetanse på alle vakter. Dette medfører at lederne på alle avdelingene må samhandle tettere i planleggingen av turnusen. Vi må muligens gå over til bruk av årsturnus for å få til dette. For å få dette til må vi ha tilsatt sykepleiere i alle stillingene.

Ved å opprette en fagsykepleier vil vi kunne få til mere fagutvikling og bedre støtte til leder. Når disse også går i turnus, kjenner de bedre til hvilke behov det er for bemanning, kompetanse og drift.

Ved økning av demensteamet til fem dager i uken vil det gjøre at de får bedre oversikt over tjenesten og den enkelte bruker. På den måten kan de gi tett veiledning til ansatte, pårørende, dagsenter og brukere. Om demensteamet skulle gå i turnus vil det bidra til store kjøreavstander og lang responstid. Dette kan medføre at vi må øke ressursene for å nå ut til alle brukerne tidsnok.

Når de fire avdelingene opprettholdes slik de er i dag, med god styring av tjenestene med rett kompetanse på rett plass, vil man oppnå færre personale inn til hver bruker. Når arbeidsplanlegging blir styrt av ledelse og fag, oppnår man dette. Ved å opprettholde fire avdelinger vil det bidra til at avdelingene ikke blir for stor i antall ansatte og bruker. Dette vil også bidra til at lederspenet ikke blir for stort og det er mulig å drive nærledelse. En mindre arbeidsgruppe vil også fremme psykologisk trygghet.

Ved å organisere hjemmehjelpene som eget team vil det bidra til at de får en bedre arbeidshverdag der de får flere å samhandle med, det blir mindre sårbart ved sykdom. Om vi skal ta hjemmehjelpene ut av turnus på helg, vil det medføre at det blir mangel på personal på alle helgene i turnusen, dette gjelder på alle avdelingene. Det betyr at det må tilføres nye ressurser for å dekke disse vaktene, da de som står i turnus fra før ikke kan pålegges flere vakter.

Oppretter man ansvarlige på hver avdeling som arbeider med tildeling, samt ansvarlig på tildelingskontoret vil det bli mere kontinuitet på tildelingen og likebehandling. Vi ser etter målinger at det er i snitt ca. 10 nye brukere hver måned og ut ifra det ser vi ikke nytten av å opprette et eget tildelingsteam i kommunen, da det vil kreve mye ressurser. Tildelingen bør skje så nært bruker som mulig, på hver avdeling.

Det er nødvendig å opprette kreft og palliasjon- koordinator i kommunen, da dette er et viktig arbeid som det er vanskelig å holde oversikt over når man arbeider som vanlig sykepleier i avdelingene. Det vil føre til bedre samhandling med sykehuset, og bruker kan få kontakt med kommunen på et tidligere tidspunkt med informasjon og trygging. Det vil gi kompetanse og bedre oversikt til de sykepleierne som arbeider i avdelingen. Vi ser at det kan være lettere å rekruttere sykepleier til denne stillingen ved å holde det som dagarbeid, ved å lage stillingen til turnusarbeid ser vi at det kan være vanskelig å rekruttere denne kompetansen. Skal det opprettes turnus vil det kreve flere ansatte for å få en god og lovlig turnus, noe som medfører at det går for mange sykepleierressurser til dette arbeidet.

Utfordringer med å opprette team innenfor de forskjellige fagområdene kan medføre at det kan bli utfordrende å rekruttere spesielt sykepleiergruppen til enkelte team. Noen team kan bli mer attraktive enn andre team.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse

Det anbefales å starte med å få på plass en kreft og palliasjon koordinator, det kan starte opp med en stilling først og så økes til to stillinger etter hvert. Videre er det viktig å få på plass fagsykepleier i avdelingene og sykepleierteam på tvers av avdelingene. Oppstart bør være til høsten 2022.

#### 4. Konklusjon og anbefaling

Nr.	Beskrivelse	Konsekvens Brukere	Konsekvens Medarbeidere	Konsekvens Økonomi	Tids- perspektiv
A					
B					
C					
...					

Vi velger å legge frem våre 3 forslag på løsninger i uprioritert rekkefølge.

Utarbeidelse av bemanningsplaner som igjen danner grunnlag for turnus, er det gjort et lite grunnarbeid på. Å utferdige turnusforslag anses som hensiktsmessig å gjøre når beslutning for organisering er tatt. Vi vet uansett at vi skal forholde oss til eksisterende ressurser, og følgelig blir turnuser og dimensjonering av forskjellige team i henhold til det. Erfaringen fra Risør kommune viser oss at det er mulig å ha 8 team operativ med mindre ressurser enn det vår kommune innehar.

#### Eventuelle vedlegg