

Innholdsfortegnelse

1. Mandat	3
2. Beskrivelse av dagens situasjon	4
3. Tiltak med vurdering	12
3.1 Tiltak A:	12
Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og innsatsteam.	12
Fordeler:	12
• Enkeltvedtakene blir mer korrekt i forhold til brukerens behov	12
• Bedre samhandling	12
• Helhetlig kartlegging av brukerne	12
• Raskere hjelp og mer riktig hjelp	12
• Riktig kompetanse sikres	12
• Iverksettelse av riktig hjelp til mestring for brukere	12
• Innsatsteamet kobles raskt på aktuell sektor/generalist-team som bruker befinner seg på	12
• Lageret for hjelpemidler er raskere oppdatert for brukerbehovene forutsatt digitale løsninger for korttidslager	13
Ulemper:	13
• Fare for at det ikke blir likebehandling for innbyggerne siden det er forskjellige vurderingsteam for hver sektor/generalist-team	13
• HVR-teamet forsvinner da det nå blir brorparten av innsatsteamet, noe som fører til mindre klinisk behandling av andre brukere	13
• Utilstrekkelige ressurser	13
• Udefinerte oppgaver, funksjoner og nøkkelpersoner	13
• Økonomisk utfordring da det vil være behov for egne biler som det må investeres i	13
• Mangel på digitale løsninger for korttidslager	13
3.2 Tiltak B:	13
Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og tverrfaglig samarbeid.	13
Etter at arbeidsgruppen hadde besluttet tildelingsmodellen i kap. 3.1 Tiltak A av 25.11.21, ble det i møte 09.12.21 foreslått et annet tiltak som tilsidesetter det først foretrukne alternativet som gruppa var enstemmig om.	13
Det nye forslaget går ut på at det er for ressurskrevende å opprette et eget innsatsteam av og blant de ressursene som tjenestene våre innehar i dag. Det er heller ønskelig at det arbeides med løsninger som gjør at vi får utnyttet dagens gode kompetanse ved å nedsette en arbeidsgruppe bestående av lederteamet i hjemmetjenesten, enhetsleder i tildelingsenheten samt HVR-teamet, som lager rutiner/prosedyrer og funksjoner for tverrfaglig samarbeid. HVR-teamet ønsker et tettere samarbeid med sektorene og motsatt. Kanskje er det nok å beskrive roller og funksjoner for å få på plass et tverrfaglig formelt samarbeid hvor det	

<i>eksempelvis skal kunne tas ut hjelpemiddel fra kortidslageret alle dager i uka og å finne en digital måte å registrere dette uttaket på.</i>	13
<i>Arbeidsgruppens flertall mener at en heller bør opprettholde dagens modell hvor det legges an til å samhandle bedre mellom tjenestene fremover. Dette innbefatter også å lage nye nødvendige formelle roller og funksjonsbeskrivelser hvis det er behøvelig. Sektorene må bruke mere tid til tverrfaglig samhandling og det er ønskelig at det må startes et arbeide for å få dette på plass.</i>	14
<i>Fordeler:</i>	14
• <i>Opprettholde dagens geografiske organisering som er kjent for de ansatte og brukerne med deres pårørende</i>	14
• <i>Styrking av funksjonen til koordinerende enhet som vil være en kvalitetsheving i forhold til brukerbehovene</i>	15
<i>Ulemper:</i>	15
• <i>Tiltaket tar ikke inn over seg fremtidens utfordringer med redusert tilgang på personell</i>	14
<i>3.3 Tiltak C:</i>	15
<i>3.4 Tiltak D</i>	16
<i>3.5 Tiltak E</i>	17
<i>3.5 Tiltak F</i>	18
<i>3.6 Tiltak G</i>	19
4. Konklusjon og anbefaling	20
<i>Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og tverrfaglig samarbeid.</i>	20
Eventuelt	21

1. Mandat

Prosessgruppas mandat til arbeidsgruppe 1 – Teambasert organisering:

Hovedmål for arbeidsgruppa:

- Fremme forslag til hvordan fremtidens 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:

- Kartlegge ulike modeller for organisering av hjemmebaserte tjenester, herunder teambasert organisering som alternativ til geografisk organisering.
- Kartlegge ulike måter å organisere tildeling av tjenester. Det foreslås at Harstad kommunes prosjekt undersøkes, videre at gruppa finner 1-2 ulike tilnæringsmåter.
- Kartlegge hvilke funksjoner og tjenester i Vestvågøy som naturlig vil høre sammen med framtidens hjemmebaserte tjenester, videre fremme forslag til en enhet bestående av de ulike avdelinger gruppa anser å oppfylle prinsippet om organisering med brukeren i sentrum.
- Koordinere utredningen med arbeidsgruppe 2 – Leknes Bo og Service og andre omsorgsboliger tilrettelagt for heldøgns omsorg.

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

Sammensetning av gruppa:

Navn	Stilling	Rolle
Bente Anita Solås	Enhetsleder	Leder arbeidsgruppa
Bente Hansen	Avdelingsleder	
Tina Figenschau	Enhetsleder	
Elisabeth Andersen	Avdelingsleder	
Alvrun Riise	Enhetsleder	
Solrun Holm	Prosjektansatt	Konsultativt medlem
Nils Olav Hagen	Rådgiver	Sekretær
Kim-Remi Sandvær		Hovedtillitsvalgt
Veronica Myhre		Hovedtillitsvalgt
Tor-Arne Andreassen		Hovedverneombud
Eva Ellingsen		Brukerrepresentant

2. Beskrivelse av dagens situasjon

Dagens organisering av Åpen omsorg, Hjemmesykepleie er basert på geografisk inndeling med 4 sektorer i kommunen (Gravdal/Ballstad, Stamsund, Borge og Leknes Øst). I tillegg er det også ett område med hjemmetjeneste ved Leknes Bo- og Servicesenter (LBS). Denne organiseringen gjør at hjemmesykepleien som utøves ved LBS har en enhetsleder som er stasjonert i bygget til LBS og de 4 andre sektorene har enhetsleder som har kontor på rådhuset.

Felles for all hjemmesykepleie er en nattpatrulje som er stasjonert ved LBS, samt avlastningstjenester som er innvilget.

Sektor Stamsund

Avdeling	Årsverk	Antall ansatte	Sum årsverk	Sum ansatte
Stamsund			16,15	25
Sykepleier	6,02	8		
Helsefag/ hjelpepleier	8,05	12		
Assistent/ Hjemmehjelp	1,58	3		
Lærling	0,5	2		

Hjemmetjenesten i Stamsund ligger i Vestfjordgata 27, Dag og Velferdssenteret i Stamsund. Det er bemannet på dag og kveld alle ukedager i tidsrommet 07:30 – 23:00 med en turnus som skal ivareta sykepleierdekning på alle vakter. Ved sykefravær o.l. er det ikke alltid mulig å skaffe sykepleiervikar. Ofte blir fraværet erstattet av en fagarbeider. Alle helsefagarbeiderne har delegert myndighet for utdeling av medikamenter og enkelte injeksjoner som i forkant er gjort klar og kvalitetssikret av sykepleier. Det er også 5 assistenter som har gjennomført medisinkurs for å kunne gi øyedråper, smøre salver og dele ut legemidler som er klargjort i forkant.

Sektor Stamsund gir helsehjelp og praktiskbistand til i overkant av 100 brukere.

Helsehjelp: Ca. 90 brukere er innvilget hjelp til personlig hygiene, medikamenthåndtering, sykepleierprosedyrer, ernæring og samtaler.

Praktisk bistand: Ca. 35 brukere har innvilget hjelp til klesvask, rydding og husvask. I tillegg forvaltes støttekontakter og 57 trygghetsalarmer.

Sektor Leknes Øst

Avdeling	Årsverk	Antall ansatte	Sum årsverk	Sum ansatte
Leknes Øst			15,71	20
Sykepleier	6,6	7		
Helsefag/ hjelpepleier	6,45	8		
Assistent/ Hjemmehjelp	2,16	3		
Lærling	0,5	2		

Leknes Øst er lokalisert i Lufthavnveien 11, i 2. etg. De er bemannet på dag og kveld alle ukedager i tidsrommet 07:45 – 23:00. Det er en turnus som skal ivareta sykepleierdekning på alle vakter. Ved sykefravær o.l. er det ikke alltid mulig å skaffe sykepleiervikar og da vil ofte fraværet bli erstattet av en fagarbeider. Alle hjelpepleiere har delegert myndighet for utdeling av medikamenter og enkelte injeksjoner som er klargjort og kvalitetssikret i forkant av sykepleier. Leknes Øst gir helsehjelp og praktisk bistand til ca. 140 brukere.

Helsehjelp: 110 brukere er innvilget hjelp til personlig hygiene, medikamenthåndtering, sykepleierprosedyrer, ernæring og samtaler.

Praktisk bistand: 55 brukere har innvilget hjelp til klesvask, rydding og husvask.

Andre tjenester ved Leknes øst er BPA, støttekontakter og 92 trygghetsalarmer.

Sektor Borge

Avdeling	Årsverk	Antall ansatte	Sum årsverk	Sum ansatte
Borge			10,07	15
Sykepleier	2,5	4		
Helsefag/ hjelpepleier	3,78	6		
Assistent/ Hjemmehjelp	3,79	5		

Hjemmetjenesten i Borge har kontorer på Hovdveien 40 på Bøstad. De er bemannet alle dager fra kl. 7:30 – 22:30. Det er sykepleiere på dagvakt mandag til fredag. Sykepleier går også i helger og på kveldsvakter, men det er nok årsverk til å dekke alle vakter på helg og kveld. Det er 2 fagarbeidere og 2 ufaglærte på dagvakter i helgene. På alle kveldsvakter er det 1 fagperson og 1 fag-/ufaglært på jobb. Alle helsefagarbeidere har delegert myndighet for utdeling av medikamenter og enkelte injeksjoner som er klargjort og kvalitetssikret i forkant av sykepleier.

Sektor Borge gir helsetjenester og praktisk bistand til ca. 85 brukere. Rundt 35 brukere får praktisk bistand til husvask, rydding og klesvask og de fleste har helsehjelp i tillegg. Ca. 55 brukere har trygghetsalarm og 5-6 personer har støttekontakt.

Sektor Gravdal/Ballstad

Avdeling	Årsverk	Antall ansatte	Sum årsverk	Sum ansatte
Gravdal/Ballstad			15,62	20
Sykepleier	5,8	5		
Helsefagarbeider	7,65			
Assistent/ Hjemmehjelp	1,17	3		
Lærling	1	2		

Hjemmetjenesten ved Gravdal/Ballstad er lokalisert i kjelleren ved Vestvågøy sykehjem (Risfaret 12) på Gravdal. De er bemannet på dag/kveld i alle ukedager mellom 07:45 – 22:30. De har en turnus som skal ivareta sykepleierdekning på alle vakter, men ved sykefravær o.l. er det ikke alltid mulig å skaffe sykepleiervikar. Ofte vil fraværet bli erstattet av en fagarbeider. Alle hjelpepleiere har delegert myndighet for utdeling av medikamenter og enkelte injeksjoner som er klargjort og kvalitetssikret i forkant av en sykepleier.

Sektor Gravdal/Ballstad gir helsehjelp og praktisk bistand til ca. 125 brukere. Dette innebærer alt fra personlig hygiene, medisadministrering, stell og pleie, ernæringsoppfølging, husvask, klesvask, rydding osv. Tjenesten innbefatter også støttekontakter og trygghetsalarmer.

Totalt for alle sektorene ved Åpen omsorg, Hjemmesykepleie, fordeler årsverkene seg som følger ut fra kompetansebehovet pr i dag:

	Høgskole	Videregående	Assistenter uten formalkrav til utdanning	Lærling
Stamsund	6,02	8,05	1,58	1
Leknes Øst	6,6	6,45	2,16	1
Borge	2,5	3,78	3,79	
Gravdal/Ballstad	5,8	7,65	1,17	1
TOTALT	20,92	25,93	8,7	3
Leknes Bo- og Service	18,29	20,06	2,85	2

I tillegg hentes det inn spisskompetanse på fagområder hvis behovene til brukeren tilsier det, blant annet i form av veiledning, råd og bistand.

Hjelpemiddeltjenesten

Vestvågøy kommune har en egen hjelpemiddeltjeneste som i dag er organisert under Åpen omsorg, Hjemmesykepleie. Tjenesten holder til i leide lokaler ved TEFT på Leknes (Storvollveien 47), med kontorfasiliteter samt lagerlokale.

Denne tjenesten er bemannet med 2 rehabiliteringsteknikere samt en ergoterapeut - totalt 3 årsverk.

Den kommunale hjelpemiddeltjenesten er mottakssted for hjelpemidler og bindeleddet mellom hjelpemiddelsentralen i Nordland og brukerne i kommunen. Tjenesten har også ansvaret for korttidsslager for hjelpemidler. Lageret består av ett begrenset utvalg av hjelpemidler til personer som har behov for hjelpemidler inntil 6 måneder. Ved behov utover 2 år søkes det til hjelpemiddelsentralen i Nordland.

Hjelpemiddeltjenesten tilbyr:

- Kartlegging av funksjon for bevegelse, kognisjon, hørsel, kommunikasjon og syn
- Søke om samt tilpasse hjelpemidler for varig behov i 2 år eller mer
- Tilrettelegging i hjem, barnehage/skole eller på arbeidsplass
- Leverer, tilpasse og følge opp omsøkte hjelpemiddel
- Veiledning, informasjon og undervisning
- Rådgiving ved endring av bolig og i boligplanlegging
- Hjelpemidler for kortere perioder

Hvis det er behov for et hjelpemiddel i en kortere periode, som for eksempel etter en operasjon, kan det lånes fra kommunens korttidsslager. Lånetiden er 6 måneder, med mulighet for forlengelse.

Trygghetsalarm gir brukerne mulighet til å komme i kontakt med helsefaglig personell i en akutt situasjon. Trygghetsalarmen er tilknyttet en vaktentral, ALARM24, som formidler kontakt til hjemmesykepleien. Hjemmetjenesten (inkl. nattpatruljen) rykker ut hele døgnet dersom alarmen går. Alarmen skal medvirke til å skape trygghet og sikkerhet for å kunne bo lengst mulig hjemme i eget hjem.

Tildelingsmodell

Tildelingsmodellen pr i dag, er at vi har en tildelingsenhet som består av tildelingskontor med saksbehandlere og rollen som koordinerende enhet som er tillagt enhetsleder. Søknad om tjenester går inn til denne enheten hvor saksbehandling og kartlegging skjer før vedtak fattes i samråd med hjemmesykepleien. Dette sikrer likebehandling.

Målsetting for enheten

Enheten skal sørge for at det er likhet jf. tildeling av tjenester uavhengig av bosted. Den skal også sørge for profesjonalisering for å sikre rettsikkerhet og rettighetsavklaring. Skille mellom forvaltning og utførelse. Bidra til mest mulig styring av ressurser. Koordinering og samhandling på tvers av fag, ressurser og organisering.

Hovedoppgaver:

Tildelingsenheten fatter vedtak på vegne av Vestvågøy kommune innenfor helse- og omsorgstjenestene, samt boliger med kommunal tildelingsrett/plikt.

Enheten ivaretar funksjonen som meldingsmottak til/ fra helseforetakene om utskrivningsklare pasienter.

Enheten ivaretar funksjonen som koordinerende enhet og har systemansvar i forhold til individuell plan i Vestvågøy kommune.

Tildelingsenheten er et team som er tverrfaglig sammensatt. Hver saksbehandler har ansvar for egne områder som gjør at brukeren har en person og forholde seg til. Der det er behov, drøftes saker i team.

Samhandlingsrutiner sikrer at de ulike sektorene kan uttale seg før det fattes et vedtak.

Saksbehandling på en profesjonell måte inkluderer:

- Forarbeid før et vedtak fattes
- Veiledning til brukere og ovenfor sektorene i forhold til de tjenestene de tildeler
- Fatte vedtak (myndighetsutøvelse)
- Veiledning i forbindelse ved henvendelser fra spesialisthelsetjenesten
- Klagesaksbehandling og oversendelser til Statsforvalteren

Utfordringer

Rekruttering er en økende utfordring for hele hjemmetjenesten generelt, både på ufaglærte, videregående nivå og på høgskolegruppene. Spesielt sårbar er høgskolegruppen. Mangelen på sykepleiere gir store utfordringer i sektorene. Til tider er det områder hvor brorparten av sykepleierkompetansen ligger hos selve avdelingslederen, som dermed må gå inn i turnustallet for å kunne levere våre tjenester. Til en viss grad benytter hjemmesykepleien seg av vernepleiere siden de har en utdanning som også inneholder medisinkompetansen, men rekrutteringsutfordringen er stor også for denne faggruppen. Samtidig er vernepleiere ikke opplært på de somatiske områdene på samme måte som en sykepleier, noe som gjør at der oppleves begrensninger i tjenesteutøvelsen som hjemmesykepleien har.

En erfaring om at demens-sykdom i økende grad er en utfordring innen hjemmetjenesten. Disse brukerne blir det flere av og kommunen har ikke nok lavterskeltilbud for å imøtekomme behovet. Institusjonsplasser er av et begrenset antall og bistandsbehovet øker bistand i hjemmet. Demensteamet er avgjørende i kartleggingen som bidrar til at vi får gitt riktig hjelp tidsnok.

Økt oppgaveoverføring fra 2. til 1.linjetjenesten merkes med økt kompetansebehov for avansert sykepleie. Kompetanseheving i arbeidshverdagen er derfor også en utfordring med tanke på kapasitet til å gjennomføre den. Vikarbehovet oppstår idet noen tas ut for å få kurs og opplæring/veiledning. Tilgangen på vikarer er ikke stor. Lederne må ofte dekke opp når der er fravær.

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH) er en satsning fra KS og Folkehelseinstituttet for å kunne gi bruker/pasient helhetlig, koordinerte og målrettede tjenester.

HPH er et strukturert utskrivings- og oppfølgingsprogram som beskriver hva som skal skje ved innleggelse i, og utskrivelse fra sykehus. Programmet strukturerer oppfølgingen i kommunehelsetjenesten, ved å definere stoppunkt som skal sikre systematisk vurdering av pasientens behov, og samhandling med pasientens fastlege. Vestvågøy kommune har hatt et læringsnettverk i den tidligere omsorgssektoren og utviklet egne rutiner og sjekklister for HPH.

HPH er et funksjonsbasert forløp, anvendelig for alle pasienter og brukere og det er ikke knyttet til spesifikke diagnoser. Det er utarbeidet sjekklister som verktøy for ansatte som skal vurdere pasientens tjenestebehov, og for å kvalitetssikre informasjonsoverføringen mellom kommune, fastlege og sykehus i overgangssituasjoner. Sjekklister øker ikke bare sikkerhet og kvalitet, men er også et godt ledelsesverktøy. Kvaliteten på oppfølgingen pasienten får avhenger av kompetansen til de ansatte.

Nå jobbes det også med å innføre Pro Act i helsetjenesten vår, noe som vil være en god styrkning av ansattes kompetanse, og som også vil gi bedre vurderingsgrunnlag i bruk av HPH. HPH er et godt verktøy for å gi en god kontinuitet i tjenesten, med godt samarbeid og informasjonsflyt. HPH sørger også for å ivareta brukermedvirkningen, der bruker deltar i beslutninger om målsetninger og utforming av tiltak. Derfor er HPH et godt redskap å ta med seg inn i organiseringen av fremtidens helsetjeneste i Vestvågøy kommune.

Det er jobbet med implementering av HPH og disse sjekklister, men vi ser at implementeringsprosessen er mer krevende enn det å utvikle forløpet. HPH er et omfattende program som krever at man setter av nok ressurser til opplæring og gjennomføring av programmet. Det må jobbes mere med dette slik at vi får tatt det i systematisk bruk i hele helsetjenesten vår. Erfaringer fra andre kommuner som har deltatt, sier det går minst to-tre år før rutinene begynner å sette seg.

Erfaringene fra arbeidet med HPH viser at følgende faktorer er avgjørende for utfallet av arbeidet:

- Kommunalt vedtak og mandat
- Tett oppfølging av ledere og nøkkelpersonell, samt opplæring av ansatte
- Tilbudet må gis til alle pasientene
- Arbeidshverdagen må tilrettelegges og gjennomføringen tilpasses eksisterende rutiner
- Arbeidet må være til nytte for pasienten, den enkelte arbeidstaker, arbeidsteamet og leder

Framskrivning av befolkningsutviklingen for kommunen vår, viser en markant økning frem mot 2050. I dag har vi 11,5 innbyggere i yrkesaktiv alder for hver innbygger over 80 år (tall fra SSB). Dette endrer seg til 4,5 personer frem mot 2050. Disse innbyggerne skal da i hovedsak dekke alle arbeidsplassene som finnes på Vestvågøya (både private og offentlige

arbeidsplasser). Denne utfordringen gjør at fremtidens helse- og mestringstjenester ikke kan fortsette å gis slik som i dag siden vi ikke vil ha tilgang på samme mengde ansatte til å utføre det vi har dagens tjenester.

I forbindelse med dette er det viktig å merke seg følgende:

NAV rapporterer i sin omverdensanalyse 2021, at de erfarer en nedgang i helserelaterte ytelser i befolkningen og som gir seg tydelig utslag for de over 50 år (Kann og Sutterud 2017). Det vises til en økt andel som mottar uføretrygd i alderen 18-66 år. Samtidig er det en reduksjon i arbeidsavklaringspenger, men en stabil andel med mottakere av sykepenger. Dette beskriver en trend som betyr at færre vil motta helserelaterte ytelser (samtidig som de kan ha en gitt restarbeidskapasitet), til å gå over på uføretrygd, noe som da «tas av» de 4,5 personene i yrkesaktiv alder. Dermed er fremtidsbildet ytterligere forverret innen helse- og mestring med tanke på tjenester til de over 80 år frem mot 2050 (altså en andel som er dobbelt så stor som de over 80 pr i dag).

Primærhelsemeldingen Meld. St. 26 (2014-2015) utfordrer kommunehelsetjenesten på å utvikle tjenesteyting med en større flerfaglig tilnærming gjennom teambasert organisering.

Med det ovenfor beskrevne utfordringsbildet, er det helt avgjørende at våre tjenester ytes på en enda mer ressursbesparende måte samtidig som vi må finne en enda mer klok måte å utnytte de ressurser vi har til rådighet som samsvarer med en ivaretagende mestringstrapp (tidligere omtalt som omsorgstrapp) med tilhørende tjenestebeskrivelse.

Beskrivelse fra andre kommuner.

Flere kommuner har vært kontaktet og intervjuet i dette arbeidet, noe har vi fått skriftlig informasjon fra. For nærmere informasjon vises det til vedleggene i saken.

Noen erfaringer fra andre kommuner kan likevel være verdt å merke seg:

Risør kommune	Slo sammen hjemmesykepleien og korttidsavdelingen. Erfarte at samhandlingen førte til kultur- og holdningsendring hos personalet. Økt respekt og forståelse for faglige vurderinger og tjenestebehovet som brukerne har. Kompetansehevingen økte ved at de lettere kunne hospitere hos hverandre i arbeidshverdagen.
---------------	--

Harstad kommune	<p>Innfører en tildelingsmodell med et innsatsteam som følger brukeren de har mottatt søknad fra, i 14 dager før innstilling på vedtak oversendes tildelingskontoret som deretter sluttbehandler og fattar vedtak. Innsatsteamet består av en sykepleier, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en saksbehandler.</p> <p>Fokuset deres er å gjøre tverrfaglig kartlegging, vurdering og evaluering sammen med saksbehandler i opptil 2 uker før vedtak fattes. De skal ha et mestringsfokus og hele tiden ha et «hva er viktig for deg»-perspektiv.</p> <p>Når vedtak er gjort, overtar den aktuelle sonen utøvelse av hva som er besluttet og gjeldende oppfølgingsplan. Det skal gjøres fortløpende evaluering av vedtaket hos de utøvende parter, noe som resulterer til at rett tjeneste gis til rett tid.</p>
Ørland kommune	<p>Innfører 52-ukers turnus i hjemmesykepleien. Det er innført 2 forlengede dagvakter hver uke, hvor alt personell som er på angjeldende vakt utelukkende skal arbeide med revidering av vedtak den forlengede tiden dette inntreffer i turnusen.</p> <p>Ved å ha en slik langturnus mener de å kunne styre ressursene bedre, planlegge og iverksette forskjellige aktiviteter mer systematisk enn ved tidligere kort-turnuser.</p>
Alta kommune	<p>Utredning opprettelse av et sykepleieteam. De opplever vanskeligheter med å rekruttere sykepleiere og prøver blant annet å styrke fagmiljøet med dette tiltaket.</p> <p>Samtidig også et innsatsteam under utredning som også tenkes brukt i forbindelse med virtuell avdeling.</p>

3. Tiltak med vurdering

3.1 Tiltak A:

Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og innsatsteam.

0. Søknad om tjeneste som sendes tildelingsenheten
1. Innsatsteam iverksettes. Dette består av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og saksbehandler fra tildelingsenheten.
2. 14 dagers innsats gjøres sammen med bruker hvor eventuelle behov for tilleggsressurser hentes inn (eksempelvis ekspertise fra psykisk helse og rus, fastlege, ernæringskompetanse, demensteam...)
3. Innsatsteamet anbefaler et vedtak for bruker
4. Tildelingsenheten mottar og behandler anbefalingen
5. Vedtak fattes

Arbeidsgruppa er omforent om at denne tildelingsmodell er det foretrukne alternativ som dermed også legges frem i denne hovedrapporten og er enstemmig.

Det er etter arbeidsgruppas mening viktig at følgende innspill tas med i videre vurderinger:

- Innsatsteamet bør ikke være statisk med en person i de respektive rollene. Det vil være behov for flere – alt etter hvor stor pågangen er på søknader.
- Virtuell avdeling kan være dette innsatsteamet.
- Behovet til bruker kan være at bare deler av innsatsteamet aktiveres når søknaden er kommet. Dette vurderer innsatsteamet.
- Behov for tilrettelegging av hjemmet
- Innsats gis der behovet er størst – HVR-teamet erfarer at de som har størst funksjonsfall er de som har potensiale
- Erfaring viser at det ofte tar opp mot 14 dager for å bli kjent med bruker også i perspektivet «hva er viktig for deg»
- Ofte opplevelse av at det er mange som kartlegger hos en og samme bruker, med forskjellige faglige perspektiv
- Fra brukerperspektivet er det bra med team. Dette sikrer mer helhetlige vurderinger samt at bruker slipper å gjenta seg selv.
- Det er en fordel at hjelpemiddelsentralen er delaktig i innsatsteamet
- Hver sektor/generalist-team må ha et vurderingsteam som samhandler med innsatsteamet

Fordeler:

- Enkeltvedtakene blir mer korrekt i forhold til brukerens behov
- Bedre samhandling
- Helhetlig kartlegging av brukerne
- Raskere hjelp og mer riktig hjelp
- Riktig kompetanse sikres
- Iverksettelse av riktig hjelp til mestring for brukere
- Innsatsteamet kobles raskt på aktuell sektor/generalist-team som bruker befinner seg på

- Lageret for hjelpemidler er raskere oppdatert for brukerbehovene forutsatt digitale løsninger for korttidslager

Ulemper:

- Fare for at det ikke blir likebehandling for innbyggerne siden det er forskjellige vurderingsteam for hver sektor/generalist-team
- HVR-teamet forsvinner da det nå blir brorparten av innsatsteamet, noe som fører til mindre klinisk behandling av andre brukere
- Utilstrekkelige ressurser
- Udefinerte oppgaver, funksjoner og nøkkelpersoner
- Økonomisk utfordring da det vil være behov for egne biler som det må investeres i
- Mangel på digitale løsninger for korttidslager

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Beskrevet under fordeler og ulemper
- Medarbeidere/organisasjon
Opplæring i digitaliserte verktøy for korttidslager (muligens med superbrukere og deretter videreopplæring av ansatte) er nødvendig.
- Ressursbruk/økonomi
Digitaliserte verktøy for å håndtere et korttidslager vil medføre en kostnad som vi så langt ikke har hatt kapasitet til å undersøke i denne delen av prosessen. Det vil være mulig å anslå at verktøyet kan være «hylleware» og dermed ikke ha en pris som medfører plikt til egen anbudsrunde.
Investering i bilpark tilpasset behovet i innsatsteamet.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil kunne gjøres etter at drøfting mellom partene i arbeidslivet samt nødvendig konstruktiv prosess med de berørte. Samtidig vil det kreves investeringsbudsjett for bilpark. Anslagsvis høsten 2022 forutsatt at egen anbudsrunde for digitalisert verktøy ikke er påkrevd, eventuelt primo 2023 med tanke på investeringsbudsjett som må på plass for biler (2022 er allerede politisk besluttet).

3.2 Tiltak B:

Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og tverrfaglig samarbeid.

Etter at arbeidsgruppen hadde besluttet tildelingsmodellen i kap. 3.1 Tiltak A av 25.11.21, ble det i møte 09.12.21 foreslått et annet tiltak som tilsidesetter det først foretrukne alternativet som gruppa var enstemmig om.

Det nye forslaget går ut på at det er for ressurskrevende å opprette et eget innsatsteam av og blant de ressursene som tjenestene våre innehar i dag. Det er heller ønskelig at det arbeides med løsninger som gjør at vi får utnyttet dagens gode kompetanse ved å nedsette en arbeidsgruppe bestående av lederteamet i hjemmetjenesten, enhetsleder i tildelingsenheten samt HVR-teamet, som lager rutiner/prosedyrer og funksjoner for tverrfaglig samarbeid. HVR-teamet ønsker et tettere samarbeid med sektorene og motsatt.

Kanskje er det nok å beskrive roller og funksjoner for å få på plass et tverrfaglig formelt samarbeid hvor det også eksempelvis skal kunne tas ut hjelpemiddel fra kortidslageret alle dager i uka samt finne en digital måte å registrere dette uttaket på.

Arbeidsgruppens flertall mener at en heller bør opprettholde dagens modell hvor det legges an til å samhandle bedre mellom tjenestene fremover. Dette innebærer også å lage nye nødvendige formelle roller og funksjonsbeskrivelser hvis det er behøvelig. Sektorene må bruke mere tid til tverrfaglig samhandling og det er ønskelig at det må startes et arbeide for å få dette på plass.

Det bør være et **vurderingsteam** i hver sektor. Teamet bør bestå av sykepleier, helsefagarbeider og saksbehandler fra tildelingsenheten. Dette teamet skal utøve helsehjelp og sammen med saksbehandler gjøre fortløpende vurderinger i opptil 2 uker før endelig vedtak fattes i tildelingsenheten. Sektoren overtar deretter ansvaret for oppfølging, evaluering og revidering av vedtak i tett samarbeide med saksbehandler.

HPH (helhetlig pasientforløp) vil være et naturlig verktøy å benytte i denne sammenhengen. Det vil være med på å legge til rette for en god struktur i det tverrfaglige samarbeidet.

Det er ønskelig å opprette et sykepleierteam som bidrar når det trengs ut over minimumsbemanningen med sykepleiere som trengs ved hver sektor:

Vakt	Leknes Øst	Stamsund	Borge	Gravdal/ Ballstad	Leknes Bo- og Service
D	3	3	1	3	3
A	1	1	1	1	2
N	-	-	-	-	1
Totalt	4	4	2	4	6

Det er budsjettert med totalt 20,92 årsverk i sektorene pr i dag. Ved LBS er det budsjettert med 18,92. Dette gir et totalt antall sykepleierårsverk på 39,21.

Minimumsbemanningen for alle vil kreve 31 årsverk, noe som da resulterer i at det er 8,21 årsverk som kan brukes til et sykepleierteam.

Koordinerende enhet er lovpålagt å ha. Pr i dag har det vært kapasitetsutfordringer i forhold til dette arbeidet. Det er nå gjort avtale med enheten for FUI (*Koordinerende enhet jobber på systemnivå og det kan være en ide å flytte denne enheten til FUI og at det alternativt overføres 0,5 årsverk fra tildelingsenheten til FUI da koordinerende enhet i stor grad handler om ledelsesforankring og systemjobbing*).

Pr i dag har det vært kapasitetsutfordringer i forhold til det arbeidet som koordinerende enhet er ment å gjøre ut fra lovpålagt innhold.

Fordeler:

- Opprettholde dagens geografiske organisering som er kjent for de ansatte og brukere/pårørende

- Styrking av funksjonen til koordinerende enhet som vil være en kvalitetsheving i forhold til brukerbehovene

Ulemper:

- En viss fare for at det ikke blir likebehandling for innbyggerne siden det er forskjellige vurderingsteam for hver sektor/generalist-team, men tildelingsenheten vil gi en kvalitetssikring på dette gjennom sin saksbehandling

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Økt kvalitet på tjenestene som mottas. Mer rendyrking av sykepleieroppgaver
- Medarbeidere/organisasjon
Økt fagkompetanse. Endring i geografiske arbeidsområder. Styrket fagmiljø betinget en god organisering av sykepleierteamet
- Ressursbruk/økonomi
Tiltaket håndteres innenfor dagens rammevilkår. Investeringer i digitale verktøy vil påløpe samt behov for økt bilpark.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil være etter nødvendig prosess mellom partene i arbeidslivet, muligens i løpet av siste halvdel av 2022.

3.3 Tiltak C:

Opprette et sykepleierteam for all hjemmetjeneste, med generalist-team/sektorer på Gravdal, Leknes, Bøstad og Stamsund samt Leknes Bo- og Service.

Det er ønskelig å opprette et sykepleierteam som bidrar når det trengs ut over minimumsbemanningen med sykepleiere ved hver sektor. Undersøkelser viser at sektorene med dagens tjenesteomfang trenger følgende minimumsbemanning:

Vakt	Leknes Øst	Stamsund	Borge	Gravdal/ Ballstad	Leknes Bo- og Service
D	3	3	1	3	3
A	1	1	1	1	2
N	-	-	-	-	1
Totalt	4	4	2	4	6

Det er budsjettert med totalt 20,92 årsverk i sektorene pr i dag. Ved LBS er det budsjettert med 18,92. Dette gir et totalt antall sykepleierårsverk på 39,21.

Minimumsbemanningen for alle vil kreve 31 årsverk, noe som da resulterer i at det er 8,21 årsverk som kan brukes til et sykepleierteam.

Det vil være nødvendig å se nærmere på organisatorisk innplassering av sykepleierteamet i det videre arbeidet. En kan tenke seg at det vil være behov for et lederskap av teamet som skaper tilhørighet og kontinuitet. Hvis ressursen skal gå på omgang ute i sektorene, vil det kreve en ledelse som er stabiliserende.

Fordeler:

- Kvalitetssikre prosedyrer og opplæring
- Redusere sårbarhet i forbindelse med sykepleiedekning
- Styrket fagmiljø
- Tydelighet i sykepleieroppgavene
- Får brukt sykepleierkompetansen til rett tid og sted
- Forsterket mulighet til å bygge kompetanse i teamet
- Styrket mulighet til veiledning av helsefagarbeiderne som igjen danner grunnlag for ytterligere økt kunnskap hos dem
- Lettere å rekruttere sykepleiere da det vil kunne oppleves som et attraktivt fagmiljø.

Ulemper:

- Rekrutteringsutfordringer ved at alle vakante sykepleierstillinger må besettes
- Bruke mye tid på i å sette seg inn i nye brukeroppgaver. Mer distansert fra brukere.
- Utrygghet for sykepleier som går «på topp».
- For mye tid i bil
- Ikke kjennskap til brukere/pårørende
- Fare for mindre kontinuitet hva angår personell overfor enkeltbrukere
- Prosessen går for fort. Ikke tid til en grunnleggende kartlegging
- Ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert
- Personell sier opp som følge av organisasjonsprosessen

De største risikoer anses av arbeidsgruppa å være å ikke ha god nok kjennskap til brukere/pårørende, usikker økonomi samt at prosessen går for fort siden det ikke er tid til en grunnleggende kartlegging i denne fasen.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Økt kvalitet på tjenestene som mottas. Mer rendyrking av sykepleieroppgaver
- Medarbeidere/organisasjon
Økt fagkompetanse. Endring i geografiske arbeidsområder. Styrket fagmiljø betinget en god organisering av sykepleierteamet
- Ressursbruk/økonomi
Tiltaket håndteres innenfor dagens rammevilkår. Investeringer i digitale verktøy vil påløpe samt et mulig behov for økt bilpark med bakgrunn i annet oppmøtested for sykepleierne som skal gå «på topp».

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil kunne skje etter nødvendige prosesser mellom partene i arbeidslivet, muligens i løpet av siste halvdel av 2022.

3.4 Tiltak D

Slå sammen alle sektorene til en stor sektor basert på team.

Dette tiltaket vil kreve en lokalitet som er så stor at vi pr i dag ikke innehar slike hensiktsmessige arealer. Det vil måtte ta høyde for rundt 60 årsverk, noe som tilsvarer desto flere ansatte med bakgrunn i at flere innehar deltidsstillinger.

Alle ansatte må kunne møtes på basen ved starten av arbeidsøkten. Dette gjør at parkeringsmuligheter, antall ladestasjoner, kontor- og garderobeforhold samt møtefasiliteter må ha et tilfredsstillende volum i henhold til behovet.

Lederspennet vil være såpass stort at det er et behov for inndelinger som sikrer at nærledelse kan utøves og er gjennomførbart. Opprettelse av en teamorganisering gjør at koordinator-roller, assisterende avdelingsledere og/eller støtte-stab må vurderes for å håndtere en sektor av denne størrelsen. Noen team som eksempelvis et sykepleierteam, vil med fordel kunne ha en egen leder som følger opp personell, økonomi og drift, og rapporterer til en enhetsleder.

Fordeler:

- Større fagmiljø
- Mer tverrfaglig samarbeid
- Økt mulighet for bedre ressursutnyttelse i arbeidshverdagen
- Økt mulighet for kompetanseheving

Ulemper:

- Uoversiktighet da veldig mange aktører møtes ved arbeidstidens begynnelse
- Opplevelse av kaos – tidligere erfaringer ved en slik organisering i kommunen vår

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
- Medarbeidere/organisasjon
Behov for implementering av digitale verktøy som elektroniske arbeidslister og kjørebok
- Ressursbruk/økonomi
Investering i digitaliserte verktøy

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil kunne skje når det er funnet hensiktsmessige lokaler/arealer og nødvendige prosesser med partene i arbeidslivet er gjort. Vanskelig å angi hvilket årstall dette kan være.

3.5 Tiltak E

Slå sammen sektor Leknes Øst og Borge.

Ved en sammenslåing av disse to sektorene, vil det være naturlig å tenke seg at basen vil være sentrumsnært på Leknes siden de fleste brukerne befinner seg der.

Alle ansatte må starte arbeidsdagen på basen (Leknes), både grunnet praktiske ting som arbeidsklær, vakttelefoner og bilpark, men også i forhold til kunnskapsinnhenting rundt arbeidsoppgavene som skal gjennomføres på vakt.

Det oppleves flere nyetableringer i distriktet for sektor Borge. Det er flest godt voksne som bosetter seg der og som om noen år kan være de som trenger helsetjenester.

I dag har Vestvågøy kommune trygghetsalarmer som gis som lavterskel selv om det fattes vedtak for hver enkelt. Dette gjør at responstiden vil økes med 20 minutter for de som bor nord for dagens base på Bøstad.

Fordeler:

- Sikring av likebehandling for brukerne
- Styrket fagmiljø

Ulemper:

- Lengre responstid fra base til brukere som bor nord for dagens base på Bøstad
- Økt kjøretid som krever flere ressurser og økt batterikapasitet på el-bilene spesielt på vinterstid
- Større lederspenn
- Mindre nærledelse

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Tar lengre tid for en bruker å få rask hjelp.
- Medarbeidere/organisasjon
Økt tid i bil og andelsmessig mindre tid med brukere i arbeidshverdagen
- Ressursbruk/økonomi
Økte kostnader med bilpark. Muligens økt ressursbruk av personell for å dekke dagens tjenestebehov i distriktet siden kjøretiden som økes tas av den ordinære arbeidstiden.
Investering i digitale løsninger for å opprettholde tjenestetilbudet, noe som ikke i seg selv er negativt.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil kunne være når det finnes hensiktsmessige lokaler hvor det er kapasitet til bemanningsøkningen med tilhørende fasiliteter som må være på plass (eksempelvis garderobeforhold, parkeringsplasser og ladestasjoner).

3.5 Tiltak F

Fortsette med dagen organisering

Fordeler:

- Kort responstid med geografisk inndeling
- Nærhet til brukerne
- Kjennskap til brukere og brukerne har kjennskap til hjelperne
- Stabilitet i oppfølgingen av bruker
- Unngå støy og motstand i personalgruppa
- Personalgruppa er trygg, noe som gir en psykologisk positiv effekt

- Rutiner er innarbeidet
- Sparer kostnader i forbindelse med at omorganisering ikke gjøres
- Lederspennet blir ikke for stort med mindre grupper/sektorer, noe som sikrer nærledelse slik det er i dag
- God oversikt og kjennskap til med både brukere/pårørende og personell
- Kontinuitet i tjenesteutviklingen

Ulemper:

- Bemanning og turnuser må justeres når flyttemønsteret endrer seg. Dagens organisering tar ikke høyde for endringer i brukermassen.
- Digitalisering vil ikke gå så raskt som ønsket.
- Fortsatt vakante sykepleierstillinger
- Ikke fullgode lokaler
- Bemanning og turnuser er knyttet til hver sektor og ikke fleksible for å frigjøre ressurser til et sykepleierteam
- Ikke i tråd med nasjonale føringer om teamsorganisering
- Ikke tilstrekkelig med fagpersoner og tverrfaglig samarbeid

De største risikoene er ifølge gruppa vakansene i sykepleierstillingene.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Kunnskap om brukerne, deres behov og deres pårørende opprettholdes.
- Medarbeidere/organisasjon
Kontinuitet i forhold til dagens organisering som er kjent og forutsigbart.
- Ressursbruk/økonomi
Ingen konsekvens på kort sikt, men i framskrivingen vil ikke ressursfordelingen treffe behovene.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse er umiddelbart.

3.6 Tiltak G

Opprettelse av enhet som oppfyller prinsippet om organisering med brukeren i sentrum.

Funksjoner og tjenester i Vestvågøy som naturlig vil kunne høre sammen med framtidens hjemmebaserte tjenester, er av arbeidsgruppen vurdert til å være følgende avdelinger:

- Hjemmesykepleie-sektorene
- Fysioterapi-tjenesten hvor HVR-teamet, Frisklivssentralen og hjelpemiddeltjenesten inngår i samme avdeling
- KTO – korttidsavdelingen (Post 1) ved Vestvågøy sykehjem
- Psykisk helse og rus
- Leknes Bo- og Servicesenter

Disse tjenestene kan ha samme enhetsleder og samtidig opprettholde de gode samarbeidsplattformene som de allerede har opp mot andre avdelinger og enheter.

Erfaringsvis har Vestvågøy kommune tidligere hatt både TFF, LBS og Hjemmesykepleien innad i en enhet. Dette ble endret for noen år tilbake

Konsekvenser av tiltaket for:

- **Brukere/tjeneste**
Enda tettere samhandling rundt brukerbehovene. Kan lettere avdekke mestringmulighetene som gir et riktigere tjenestenivå. Det å ha KTO i en enhet hvor hjemmesykepleien også er, vil kunne bidra til at samhandlingen fjerner terskler som mestringstrappa har mellom nivåene på tjenestene som gis på de berørte «trappetrinnene». Disse tersklene oppleves sterkt hos oss som tjenesteaktører, og er høyst sannsynlig noe som brukere og pårørende også blir berørt av. Respekt og forståelse for hverandres faglige ståsted og vurderinger kan økes og mulighetsrommet for kompetanseheving for fagmiljøene styrkes.
- **Medarbeidere/organisasjon**
Tettere samhandling med ny og utfyllende fagkunnskap som kan bidra til et styrket fagmiljø. Dette gir igjen et godt grunnlag for respekt og forståelse for hverandres faglige ståsted og vurderinger, og øker mulighetsrommet for kompetanseheving siden fagmiljøene styrkes.
Risør kommune har gjennomført en slik organisering og erfarer en økt konstruktiv samhandling samtidig som det bidrar til endringer i kultur og holdninger i en positiv retning. Samtidig vil en slik organisering kunne være et godt bidrag til å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse.
- **Ressursbruk/økonomi**
Ingen konsekvens. Ressursene omfordeles innenfor de rammer vi allerede har.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse vil være den tiden det tar å ha en konstruktiv prosess i organisasjonen samt drøfte organiseringen med partene i arbeidslivet. Anslagsvis iverksettelse i løpet av siste halvdel av 2022.

4. Konklusjon og anbefaling

Nr .	Beskrivelse	Konsekvens Brukere	Konsekvens Medarbeidere	Konsekvens Økonomi	Tidsperspektiv
B	Tildelingsmodell for tjenester med «en dør inn» og tverrfaglig samarbeid.	Økt kvalitet, rett tjeneste til rett tid. Økt mulighet å bo i hjemmet.	Rendyrking av sykepleieroppgaver, styrket fagmiljø, kompetanseheving	Investeringskostnad i bilpark.	Ultimo 2022

C	Sykepleierteam	Rett hjelp til rett tid. Økt mulighet å bo i hjemmet.	Rendyrking av sykepleieroppgaver. Kompetanseheving. Rekrutterende.	Investeringskostnad mtp verktøy og bilpark.	Ultimo 2022
G	Opprettelse av enhet som oppfyller prinsippet om organisering med brukeren i sentrum.	Opplevelse av mer helhetlige tjenester	Økt samhandling og mulighet for kompetanseheving. Styrket fagmiljø som påvirker rekruttering og det å beholde kompetanse.	Ingen	Ultimo 2022

Et mindretall av gruppa ønsker at Tiltak A skal foretrekkes foran Tiltak B.

Tiltak B og C vil med fordel kunne sees opp mot hverandre i det videre arbeidet.

Eventuelt