



Prosjektbeskrivelse for omstilling i
pleie- og omsorgstjenestene 2014-2015
Fra passiv hjelp til aktiv mestring 25.11.14

Innhold

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn.....	2
2	Mål og rammer	4
2.1	Mål for omstillingen.....	4
2.2	Mandat.....	5
2.3	Rammer for fremdrift og økonomi.....	5
3	Omfang og avgrensning	7
3.1	Faglig forankring	7
3.2	Forventninger.....	7
4	Organisering og oppgaver	8
4.1	Organisering	8
4.2	Samarbeidsarenaer og oppgaver	9
4.3	Datafangst.....	10
5	Interessentanalyse.....	12
5.1	Primære interessenter	12
	Ansatte	12
	Brukere	12
	Pårørende	12
	Tillitsvalgte	12
	Ledere i sektoren	13
	Politikerne	13
	Tilsynslegene	13
	Fastlegene	13
	Frivillige	13
	Sykehuset.....	13
5.2	Sekundære interessenter.....	14
	KØH-tilbudet på Myratunet.....	14
	NAV-hjelpemiddelsentralen	14
	Klientutvalget i kommunen	14
	Fylkesmannen	14
6	Beslutninger.....	15
7	Risikovurdering.....	16
7.1	Tiltak for å redusere risikofaktorer	17
8	Kvalitetssikring og rapportering	19
8.1	Fremdriftsplan.....	19
9	Økonomi.....	21
10	Sluttrapport	21

1 Innledning

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene i kommunen står overfor er mange og sammensatte, og de økonomiske rammene er stramme. Det vil kreve nytenkning og innovative løsninger i tjenestene i årene som kommer. I 2014 utarbeides kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026 og planen angir retning for tjenestene de neste 12 år. Dette er i samsvar med lovgivning og det legges vekt på strategier som også nasjonale myndigheter legger til grunn for fremtidige helse- og omsorgstjenester. Omstillingen i helse og omsorg bygger på strategiene i planen. Omstillingen bygger også på råd kommunen har fått i forbindelse med eksterne gjennomganger av sektoren:

- *Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren 2012*, gjennomført av Rune Devold AS.
- *Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for helse og sosialsektoren i perioden 2009-2012*, gjennomført av Deloitte.

Hovedmålet i fremtidig omlegging av helse og omsorgstjenestene handler først og fremst om velferd for enkeltmennesket. Omleggingen skal bidra til at brukere av tjenestene gis "nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen, til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse" (Morgendagens omsorg, 2012-2013). Mulighet for et mer selvstendig liv og mestring av hverdagen er god velferd for enkeltmenneske. Ved å legge denne tenkningen til grunn for helse- og omsorgstjenestene er også målet å redusere kostnadene i sektoren for å sikre økonomisk bærekraftige tjenester. De økonomiske rammene forventes å bli strammere i årene som kommer. Kommunen må etablere tjenester som kan håndtere fremtidige behov innenfor økonomisk stramme rammer.

1.1 Bakgrunn

Fra rådmannens forslag til budsjett 2014:

Helse- og omsorgssektoren har foreslått å gjennomføre en helhetlig omstillingsstrategi for å redusere kostnadene i handlingsprogramperioden på ca. 22,5 mill. kroner. Av disse er ca. 7 mill. kroner budsjettet i 2014. De omstillingstiltakene som foreslås i handlingsprogrammet for 2014-2017 er preget av en innovativ profil. Dette skjer som en erkjennelse av at det i liten grad er mulig å stramme inn uten at dette får alvorlige konsekvenser for tjenester, eller at denne type tiltak ikke lar seg gjennomføre. De tiltakene som foreslås er i stor grad preget av "tidlig innsats". Et viktig element i omstillingsprofilen er at det på flere områder investeres i ressurser for å oppnå økonomiske effekter på sikt. I det følgende presenteres tiltakene som ligger inne i den foreslåtte omstillingsstrategien.

- Legge ned rehabiliteringsavdelingen ved Berge gård: -4,5 mill. kroner.
- Opprette "innsatsteam" for hverdagsrehabilitering: 2,7 mill. kroner.
- Effekt av hverdagsrehabilitering: 2 mill. kroner.
- 50 % stilling til forebyggende hjemmebesøk: 0,3 mill. kroner.
- Reduksjon i pleiefaktor ved sykehjemmene: -2,6 mill. kroner.
- Økning i faglederressurs ved sykehjemmene: 1,3 mill. kroner.
- 100 % stilling i bestillerenheten (kapasitetsstyring): 0,43 mill. kroner.
- Nedleggelse av 7 plasser ved Feviktun: -1,2 mill. kroner.
- Buffer på sektorens fellesområde knyttet til omstilling i enhetene i helse og omsorg: 1,05 mill. kroner.

- Redusere kjøp av omsorgsplasser til rusmiddelmissbrukere: -2,5 mill. kroner.
- Styrke rusfeltet med 2 hele stillinger i miljøtjeneste: 0,8 mill. kroner.
- Styrke barnevernet med 1 hel stilling miljøtjeneste: 0,4 mill. kroner.
- Reduksjon i kontorstillinger sosial og barnevern: -0,75 mill. kroner.
- Styrke Familiens hus med 1 hel stilling psykolog med gradert statlig dekning: 0,3 mill. kroner.
- Økte utgifter i NAV knyttet til arbeidsavklaringspenger: 0,8 mill. kroner.
- Økt stilling (80 %) gjeldsrådgiving i NAV: 0,3 mill. kroner.
- Innsparingseffekt gjeldsrådgiving ved NAV: -1 mill. kroner.
- Resultatkrav NAV knyttet til iverksatte tiltak: -1,3 mill. kroner.

Samtidig er det rådmannens vurdering at den omstillingen som beskrives for sektoren er risikofyllt. Det handler om en rekke tiltak som krever stor gjennomføringskraft, og det er en viss usikkerhet knyttet til om de økonomiske effektene blir av en slik karakter som er forutsatt. I tillegg er det en usikkerhet med hensyn til hvor raskt effektene vil komme. For å styrke kapasiteten til omstilling i sektoren, går i begynnelsen av 2014 enhetsleder for helsetjenesten inn som assisterende kommunalsjef. Denne stillingen skal ha særlig ansvar for å drive omstilling i sektoren, i tillegg til ansvaret for kommunedelplanarbeidet. Stillingen skal i første omgang vare i to år, og mot slutten av toårsperioden skal det vurderes på nytt hvordan sektoren skal ledes. Rådmannen vil så spesifikt som mulig rapportere opp mot politisk nivå på effekten av omstillingstiltakene i ulike deler av sektoren.

Rapport og plan for implementering av hverdagsrehabilitering i Grimstad kommune ble vedtatt i kommunestyret 17.06.13, og videre i forbindelse med behandling av budsjett 2014, PS 13/172.

Det er utført en utredning av etablering av korttidsplasser på Frivolltun og Feviktun – ferdigstilt februar 2014. Forankret i enhetsledergruppa i pleie og omsorg.

Det er utarbeidet rapport om gjennomføringen av omstillingen så langt, vurderinger knytta til det som gjenstår samt gevinstrealisering. Rapporten er vedlagt 2.tertialrapport.

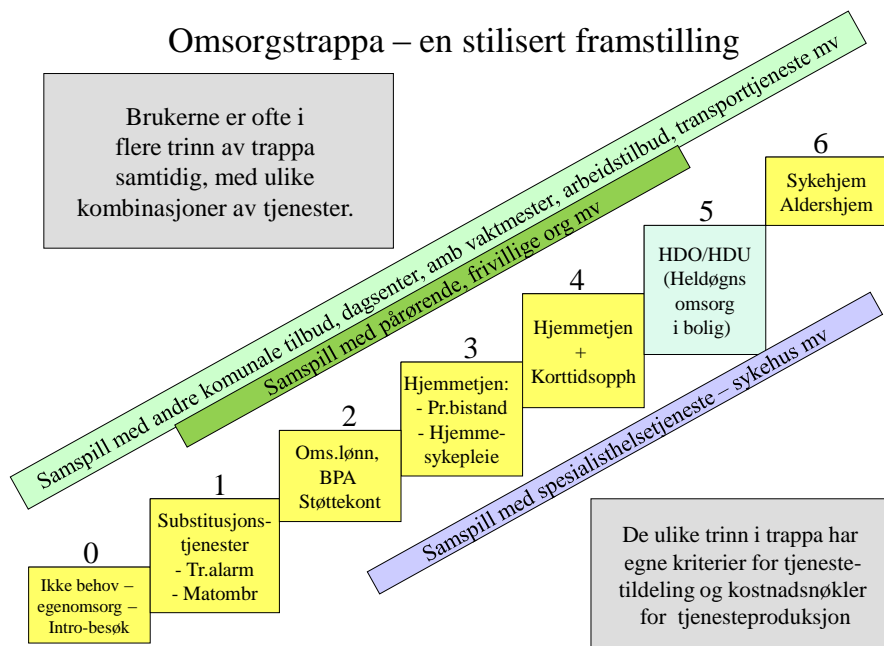
Rapporten inneholder fakta om HR og økonomi samt den konkrete gjennomføringen som gjøres i enhetene; bl.a. forutsetninger som ble lagt til grunn, nedleggelse av rehab og 7 plasser på Feviktun (endring i antall senger), konvertering fra lang tid til korttid, opprettelse av innsatsteam, registrering av aktivitet, aktivitet og aktivitetsendring i de ulike enhetene. Når vi målet? Når vi målet på det tidspunktet vi har sagt? Har det dukket opp forhold vi ikke har vurdert?

2 Mål og rammer

2.1 Mål for omstillingen

Overordnet mål:

Det overordnede målet for omstillingen er å skyve kommunens tjenesteleveranser nedover i omsorgstrappa. Kommunen har for stor andel av tjenesteleveransene i toppen av omsorgstrappa, i sykehjem og omsorgsboliger. En større del av tjenestene må gis til hjemmeboende.



Delmål:

1. Flere skal bo hjemme lengre og mestre sin egen hverdag.
2. Realisere de økonomiske resultatkrav som er vedtatt i Budsjett- og handlingsprogram 2014-2017.

Antall senger ved sykehjemmene skal reduseres fra totalt 118 per 31.12.13 til totalt 99 per 31.12.14 samt en omgjøring av langtidsplasser til korttidsplasser.

- 70 langtidsplasser (95 langtidsplasser 31.12.13)
- 27 korttidsplasser (21 korttidsplasser 31.12.13)
- 2 visningsleiligheter (etablert)

Fordelingen langtid/korttid per 31.12.13 er usikkert. De 12 plassene som var på rehab var korttid, men korttidsplasser på sykehjemmene varierte. Ofte hadde brukere på korttidsplasser vedtak om langtidsplass. Tallene er derfor cirkatall.

Innføring av hverdagsrehabilitering (opprette innsatsteam) med økt satsing på brukernes egne ressurser og brukernes ønske om selvstendighet og mestring av egen hverdag.

- brukere som søker tjenester skal vurderes for innsatsteamet

- for kandidater som innvilges hverdagsrehabilitering er målet at funksjonsnivået heves og resultatet blir:
 - behov for oppfølging av hjemmetjenesten er falt bort
 - behov for oppfølging av hjemmetjenesten er redusert
- brukere som søker tjenester skal også vurderes for velferdsteknologiske tiltak etter hvert som disse tiltakene blir tilgjengelig for brukerne (fra 01.09.15)

2.2 Mandat

Omstillingstiltakene som er vedtatt i Budsjett 2014 og Budsjett- og handlingsprogram 2014-2017 skal gjennomføres med oppstart i 2014. Tiltakene skal gjennomføres i linja. For å tydeliggjøre ansvar og roller, etableres nå en prosjektorganisering utenpå linja.

Mandat for prosjektet:

Prosjektet skal følge omstillingsprosessen og de budsjetttiltakene som er vedtatt gjennomført. Dette innebærer:

- måle effektene av tiltakene med utgangspunkt i de to delmålene (jf kap 2.1)
- vurdere behovet for å endre tiltak, foreslå nye tiltak og eventuelt justere målene med omstillingen
- overvåke risikomatriksen og iverksette eventuelle tiltak for å redusere risiki

Oppgaver som utføres i linja:

Budsjetttiltakene som er aktuelle for omstillingen i pleie og omsorg i 2014 er som følger:

- Stenging av rehab. Berge gård. Berge gård redusert med 4,5 mill. kroner i budsjettet.
- Innsatsteam for hverdagsrehabilitering opprettes, 2,7 mill. av de frigjorte midlene fra rehab legges inn i budsjettet til hverdagsrehabilitering.
- Forebyggende hjemmebesøk avsluttes som prosjekt og blir et fast tiltak. 0,3 mill. legges til hverdagsrehabilitering (frigjorte midler rehab) og det opprettes 50 % fast stilling.
- Feviktun legger ned 7 plasser. Reduksjon i budsjett med 1,2 mill. kroner.
- Effekt hverdagsrehabilitering 2 mill. kroner. Hjemmetjenestens budsjett er redusert.
- Pleiefaktor på 0,8 i sykehjemsavdelingene (lindrende og ressursavdeling ikke medregnet) opprettholdes.

Frivolltun har ikke fått endret budsjett.

2.3 Rammer for fremdrift og økonomi

Enhetene som omfattes av omstillingen i pleie- og omsorg er:

- Bestillerenheten
- Hjemmetjenesten
- Berge gård
- Frivolltun
- Feviktun
- Helsetjenesten v/hverdagsrehabilitering

De aktuelle tiltakene i budsjett 2014 skal i hovedsak gjennomføres/etableres i 2014 og videreføres i 2015. Retningen for utvikling av tjenestene som nå etableres skal ligge til grunn for tildeling av

tjenester i årene som kommer.

Resultatkravet på 2 mill. kroner for hverdagsrehabilitering er tatt ned i budsjettet til hjemmetjenesten. Dette er en risiko og beskrives i risikokapittelet.

Det er lagt inn en buffer på 1,05 mill. kroner som kan benyttes til uforutsette utgifter i forbindelse med omstillingen.

Inntektstapet for Frivolltun pga reduserte inntekter på oppholdsbetaling når plasser konverteres fra langtid til korttid, er ikke lagt inn.

Nye områder som eventuelt skal tas inn i omstillingen vedtas i årlig budsjett og handlingsprogram.

3 Omfang og avgrensning

3.1 Faglig forankring

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven

Folkehelseloven

Forskriftene til lovverket

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge (Innovasjonsmeldingen)

Meld. St. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen

Strategiplan 2015-2017 Sørlandet sykehus

Avtaler med helseforetaket

Drifts- og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren 2012, Rune Devold AS.

Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for helse og sosialsektoren i perioden 2009-2012, Deloitte.

På bakgrunn av anbefalinger fra både konsulentene Devold AS og Deloitte, er det utarbeidet retningslinjer for "Kapasitetsstyring av helse- og omsorgstjenestene i Grimstad kommune". Tjenestene på de ulike trinn i omsorgstrappa beskrives, med utgangspunkt i formålet med tjenesten, kriterier for tildeling, lovgrunnlaget og betalingssats. Dokumentet skal danne grunnlaget for de tjenester som tildeles gjennom bestillerenhetens saksbehandling. Retningslinjene ble vedtatt av kommunestyret 01.09.14 i politisk sak 14/3. Retningslinjene skal bidra til å sikre et best mulig samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling av tjenester og kvaliteten på tjenestene.

Kommunen har plikt til å gi nødvendig helsehjelp, men kan bestemme hvilken arena hjelpen skal gis på. Det skal legges stor vekt på brukers mening i utforming av tjenestetilbudet, og tilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker. God tjenestekvalitet skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutøver, og medvirkningen innebærer først og fremst at brukerens erfaring benyttes for å kunne gi best mulig hjelp.

3.2 Forventninger

Innbyggere, bruker- og interesseorganisasjoner har store forventninger til kommunen. Forventningene kan strekke seg utover det kommunen har plikt til å stille opp med. Det må skapes realistiske forventninger til hva kommunen skal løse og hva hver enkelt av oss må ordne og ta ansvar for selv. Alle ansatte må bidra til å avstemme forventninger. Dette kan gjøres i møte med bruker og pårørende, på interne samarbeidsarenaer mellom tjenester og enheter, i kommunikasjon med sykehus, utdanningsinstitusjoner og andre aktuelle eksterne aktører og gjennom informasjon til innbyggerne (for eksempel avisartikler, leserinnlegg, osv.).

Forslag til kommunikasjonsplan for omstillingen "Å avstemme forventningene" er under utarbeidelse.

4 Organisering og oppgaver

4.1 Organisering

Omstillingen skal utføres i linja, i den daglige driften. For å tydeliggjøre ansvar og roller legges en prosjektorganisering utenpå linja.

Styringsgruppe:

Rådmannen (leder)

Kommunalsjef

Økonomisjef

Tillitsvalgt NSF

Leder omstilling (prosjektleder)

Analysegruppe:

Rådgiver HR

Rådgiver økonomi

IKT-rådgiver

Fagansvarlig bestillerenheten

Leder omstilling (prosjektleder), innkalles ved behov.

Arbeidsgruppe sektor(prosjektgruppe):

Enhetsledergruppa i pleie og omsorg og leder omstilling (prosjektleder)

FoU-leder

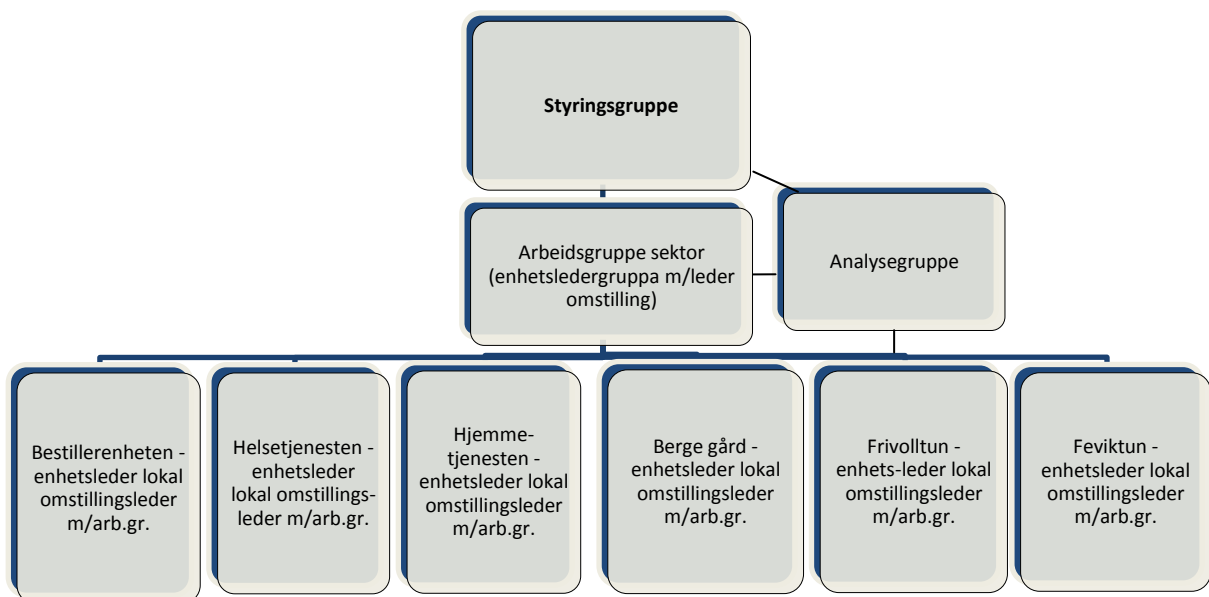
Lokale arbeidsgrupper:

Ledergruppa i den enkelte enhet, med enhetsleder som lokal omstillingsleder

Fagutviklere

Saksbehandlere

Andre aktuelle deltakere



4.2 Samarbeidsarenaer og oppgaver

Leder for omstillingen rapporterer til kommunalsjefen og styringsgruppa. Videre fremdrift og tiltak til gjennomføring drøftes og besluttes. Styringsgruppa har månedlige møter.

Analysegruppa trekkes med inn mot enhetsledergruppa i sektoren for å følge prosessen når det gjelder økonomi og brukeraktivitet og forhold knyttet til personalet (HR). Analysegruppa kan også bistå de enkelte enhetene. Representantene fra analysegruppa vil også delta i styringsgruppemøter, etter avtale. Analysegruppa har egne møter hver måned og i forkant av tertialrapportering/årsmelding.

Enhetsledergruppa i pleie- og omsorg (arbeidsgruppa i omstillingen) møtes fast annenhver uke. I tillegg er det også enhetsledermøte for alle enheter i sektoren annenhver uke. Ved behov settes det av tid også i disse møtene til saker som angår omstillingen/pleie og omsorg. Dvs. at dette er en ukentlig arena. Aktuelle saker bringes inn på denne disse arenaene, alle kan melde saker. Leder for omstillingen og kommunalsjef koordinerer.

Faste arbeidsgrupper på tvers av enheter:

- Samarbeidsarena for korttidsavdelingene, fysio- og ergoterapitjenesten inkl. hverdagsrehabilitering, kommuneoverlegen, bestillerenheten. Omstillingsleder koordinerer. Alle kan melde saker. Møter med 4-6 ukers mellomrom.
- Samarbeidsarena for hjemmetjenesten og bestillerenheten, omstillingsleder koordinerer. Alle kan melde saker. Møter med 3-4 ukers mellomrom.
- Samarbeidsarena for hjemmetjenesten, bestillerenheten og innsatsteamet. Ukentlige møter, den enkelte gruppe kalles inn hver 5. uke (4 grupper i hjemmetjenesten og en gruppe Berge gård). Alle kan melde saker. Gjennomgang av brukere med tanke på aktuelle kandidater for innsatsteamet. Koordineres av leder innsatsteam/fagleder fysio- og ergoterapitjenesten.
- Status hverdagsrehabilitering – månedlige møter mellom fagleder fysio- og ergoterapitjenesten, leder innsatsteam, saksbehandler bestillerenheten og leder omstilling. Alle kan melde saker. Leder innsatsteam koordinerer.
- Ny arena fra januar 2015 er samarbeidsarena mellom korttidsavdelingene og hjemmetjenesten. Møtefrekvens avtales. Leder for omstillingen koordinerer.

På bakgrunn av behov innkalles det til samarbeidsmøter/avklaringsmøter. Det kan eksempelvis være i forbindelse med saker vedrørende brukere eller vedrørende samarbeid mellom tjenesteområder og avdelinger. Dette er som regel saker som er knyttet til pasientforløp.

Samarbeidsarenaene evalueres forløpende.

Enhetsledere, fagledere, fagutviklere, saksbehandlere, ressurspersoner og andre aktuelle personer deltar på de ulike arenaene.

Tema for møtene:

- samarbeid/samhandling/samspill
- pasientforløp
- ledelse/fagledelse
- bruk av personalressurser/økonomi
- tidlig innsats
- helhetlig tenkning
- kompetanse
- dokumentasjon/Gerica
- rutiner

- brukermedvirkning og pårørendesamarbeid
- bruk av frivillige

4.3 Datafangst

Analysegruppen har følgende mandat:

Finne indikatorer og målepunkter/oppfølgingspunkter knyttet til brukere og tildelte tjenester.

Flere indikatorer og tettere oppfølging skal gi bedre forutsetning for å følge opp konsekvenser og resultater av omstillingsprosessen. Så langt det er mulig skal registreringer gjøres ved bruk av eksisterende verktøy, som f.eks. Gericas og Agresso.

Dagens rapportering med antall brukere og antall tildelte timer videreføres, men flere indikatorer legges til:

- ISF-tall (bestilte timer, antall brukere, antall besøk).
 - På hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dataleveranse fra utfører til bestillerenheten mht å oppdatere tidsbruk.
 - Tjenestene skal også rapportere på faktisk utført arbeid det ikke er gitt vedtak på, f.eks. hyppige tilsyn av kort varighet, følge til lege ved akutt sykdom, o.l.
- IPLOS-data. IPLOS må til enhver tid være oppdatert.
 - ADL-score, alle brukere ved tertialrapportering. Har vi de rette personene på de riktige stedene i omsorgstrappa? Innslagspunkt til de ulike nivåene. Alle avdelinger kan ta ut tallene.
 - Årlig rapportering, trender (f.eks. kjønn og alder).
 - Median (event. gjennomsnitt) pr. ansvar (tjeneste/avdeling). Høyest og lavest score pr. ansvar.
- Antall langtids- og korttidsrom ved å telle antall senger per døgn per måned, samt overbelegg og turnover (dødsfall). Målet er 70 langtidsplasser og 27 korttidsplasser. Vi får Gericas plassadministrasjon i 2015, hva kan vi hente ut derifra?
 - Ønsker at avdelingene rapporterer inn status hver måned, usikre tall fra Gericas.
- HDO - antall ledige boliger pr. døgn pr. måned.
- Fastvakter - institusjon, HDO og hjemmesykepleie., antall døgn pr. måned, årsak/diagnose (venter på langtid/lindrende/kommer hjem fra sykehus).
- Antall brukere utskrevet fra sykehus pr. måned, hvilke tjenester tildeles og hvor mye? (Vedtaktstimer hjemmetjenesten/HDO, innsatsteam eller korttidsopphold).
- Antall kjøpte sykehusdøgn pr. måned/utskrivingsklare, bestillerenheten fører logg.
- Antall avvikende døgn, bruker meldt men kommer ikke (institusjonene må rapportere for de vet om bruker kommer eller ikke).
- Diagnoser; f.eks. demens, kandidater for hverdagsrehabilitering (egen statistikk).
 - Ta ut månedlig rapport fra Gericas

- Uønskede hendelser, gruppere type hendelser – helhetlig pasientforløp/kvalitet på tjenestene → uønskede hendelser. Nasjonale kvalitetsindikatorer. Informasjon fra Qm+. Jobber videre med hvilke hendelser som er mest aktuelle.
 - Rapportere pr. tertial.
- HR-tall: antall årsverk pr. ansvar (faste, midlertidige, timeinnleide), sykefravær pr. ansvar, (prosent påslag 10+2+2). Månedlig rapportering.
- Fordeling kompetanse pr. ansvar – antall høgskoleutdannet, fagutdanning. Riktig kompetanse på riktig plass i omsorgstrappa. Årlig rapportering, første gang starten av 2015.
- Økonomi: regnskapstall
- Rapporter fra RS på ressursbruk. Tas opp i analysegruppa i januar/februar 2015.

Mulighetene for å hente ut tall for disse indikatorene i eksisterende verktøy undersøkes. Det utarbeides registrerings skjema i Excel. Dette arbeidet pågår. I starten vil noen data samles inn ved manuell telling. Enhetene får informasjon vedr. registreringer som angår dem i desember/tidlig januar. Det er vanskelig å si hvor omfattende det vil være å følge opp de nevnte indikatorene. Arbeidet følges nøye og må eventuelt justeres underveis. Registreringsarbeidet startes i januar 2015.

Det arbeides med å finne ut hvor grensen går for tildelte timer med tanke på når brukere bør flyttes ett trinn opp i omsorgstrappa. Når lønner det seg å flytte brukere opp i omsorgstrappa mht. antall tildelte timer i hjemmetjenesten og antall tildelte timer i omsorgsbolig?

Analysegruppen har faste månedlige møter sammen med leder for omstillingen der tall for siste måned samt grunnlag for månedsrapport gjennomgås. Analysegruppa deltar også i styringsgruppemøter, i allefall i første del av 2015. I tillegg har analysegruppa arbeidsmøter. Gruppa vil også trekkes med i ledermøter og oppfølging av enhetene som er omfattet av omstillingen.

Enhetene må kunne loggføre antall timer brukt på fastvakt eller i forbindelse med annet midlertidig økt behov for tjenester, mellom registreringstidspunktene. Dette er arbeid som faktisk utføres, men som ikke alltid kommer med i registrerte vedtakstimer. Det må også sikres av fagleder (hjemmetjenesten/HDO) at tjenesten til bruker stoppes ved sykehusopphold, korttidsopphold og lignende.

Det er viktig at det ikke legges opp til for stor datafangst og rapportering. Det må velges indikatorer som gir oss nyttig informasjon og oversikt med tanke på den videre omstillingsprosessen.

Sykefravær følges som tidligere. Det er verdt å merke seg at de enhetene som har fått det største arbeidspresset så langt har lavt sykefravær og har redusert sykefraværet betydelig, sammenliknet med samme periode i 2013.

5 Interessentanalyse

Interessentene er de som blir berørt av omstillingen eller på annen måte har interesser i resultatet av omstillingen.

5.1 Primære interessenter

De som til daglig berøres mest av omstillingen.

Ansatte

Ansatte i bestillerenheten, innsatsteamet, fysio- og ergoterapitjenesten, korttidslager, hjemmetjenesten og i korttidsavdelingene på Frivolltun og Feviktun berøres av omstillingen til daglig fordi tjenesteleveransene skal skyves nedover i omsorgstrappa. Det er behov for å gjennomføre omstillingen for at sektoren skal klare å redusere økningen i kostnadene på sikt. En suksessfaktor for omstillingen er at alle ansatte deltar, er engasjerte og gjennomgår kompetanseheving. De negative effektene vil spesielt kunne vise seg i den første delen av omstillingen da arbeidsbelastningen kan bli spesielt stor fordi etterspørselen etter tjenester er like stor som tidligere mens tilbudet er redusert. Økte utgifter og merforbruk i enhetene kan medføre økt stress for ansatte. De positive effektene for de ansatte knyttes til ny strategi som skal medføre økt mestring og selvstendighet for brukerne, ny kompetanse og nye og interessante måter å arbeide på.

Brukere

Brukernes behov for nødvendig helsehjelp ligger til grunn for vedtak om tjenester. Denne retten ligger fast selv om tjenestene gjennomgår en omstilling. Det er færre langtidsplasser og det vil ta tid å konvertere langtidsplasser til korttidsplasser. Brukerne vil oppleve at deres forventninger om tjenester fra kommunen sannsynligvis må reduseres. En suksessfaktor vil sannsynligvis være informasjon til brukerne om de prosessene som gjennomføres, for eksempel i lokalavisen. De negative effektene kan vise seg ved at tilgangen på korttidsplasser er begrenset spesielt i den første perioden av omstillingen, og korttidsopphold gis i større grad i dobbeltrom. Dette er mer ubekvem for bruker. Korttidsopphold vil sannsynligvis også avslås for noen brukere og de får tjenester i hjemmet. Kvaliteten på tjenestene kan påvirkes ved at ansatte har høyt arbeidspress. Brukere kan også oppleve at ansatte mangler kompetanse da aktiviteten er så høy at det er vanskelig å rekruttere nok ansatte med riktig kompetanse. Dette kan samlet gi dårligere pasientforløp. De positive effektene er knyttet til at en ny tjeneste er etablert gjennom hverdagsrehabilitering, og det gir brukerne mulighet til økt mestring av egen hverdag. Dette sammen med økt antall korttidsplasser og god kompetanse i korttidsavdelingene på sikt, vil kunne medføre bedre muligheter for brukerne til å bo hjemme lenger.

Pårørende

Noen pårørende har behov for avlastning. Ved redusert tilgang på korttidsplasser vil denne muligheten reduseres. Færre langtidsplasser vil også kunne føre til at pårørende må ha brukerne hjemme selv om brukernes tjenestebehov er på et nivå som tilsier at langtidsplass er ønskelig. De negative effektene er økt belastning på pårørende. En suksessfaktor vil sannsynligvis være informasjon om pågående prosesser gjennom for eksempel lokalavisen. De positive effektene vil vise seg når det er etablert et høyt antall korttidsplasser. Det vil gi pårørende økt mulighet for avlastning, også på kort varsel. Tilbud om hverdagsrehabilitering og opphold i korttidsavdeling med økte muligheter for selvstendighet og mestring for bruker, vil også kunne medføre positive effekter for pårørende. Resultatet kan bli at brukerne kan være hjemme lenger, noe pårørende ofte ønsker.

Tillitsvalgte

De tillitsvalgte representerer de ansatte. Avtaleverket regulerer hvordan ansatte skal informeres, hva som skal drøftes og når det må forhandlinger til. Omstillingen er i utgangspunktet en endring i tjenestetilbudet. Noen ansatte har fått nye arbeidsoppgaver og det gjennomføres kompetanseheving. Arbeidspresset har økt for en del ansatte. Under slike forhold kan det oppstå situasjoner som i større grad vil involvere de tillitsvalgte. De negative effektene for tillitsvalgte

kan være at de får flere henvendelser og mer komplekse saker å arbeide med. De positive effektene kan komme gjennom at omstillingen på sikt fører til mer fornøyde brukere som igjen fører til fornøyde ansatte. Da vil behovet for gjentatte "kuttprosesser" reduseres.

Ledere i sektoren

Lederne har det daglige ansvaret for å gjennomføre omstillingen i sin enhet/tjeneste. Lederne har ansvar for fag, økonomi og personal og det er av stor interesse at omstillingen lykkes. Endringen krever at lederne tar ansvar for å motivere medarbeiderne, legger til rette for kompetanseheving og bidrar til å organisere arbeidet på en måte som støtter opp under omstillingen. Lederne har ansvar for å opprette de nødvendige arenaene og for at de riktige medarbeiderne møtes. Det er viktig at lederne informerer alle ansatte. De negative effektene for lederne kan være økt arbeidspress. Det kan oppstå flere driftsmessige oppgaver som igjen medfører liten tid og mulighet til å rette oppmerksomheten rundt omstillingsprosessene. Økt press på ansatte over tid og fare for økt sykefravær er bl.a. forhold som medfører en mer krevende situasjon for lederne. Det er relativt liten ledertetthet i sektoren. De positive effektene kan være mer fornøyde ansatte ved at f.eks. arbeidsoppgavene er mer interessante, kompetansehevende tiltak og økt samarbeid med andre tjenesteområder. Omleggingen av tjenestene vil gi reduserte kostnader og mindre oppmerksomhet rundt økonomi og gjentatte "kuttprosesser". Det vil kunne frigjøre tid til ledelse og fagutvikling.

Politikerne

Politikerne har vedtatt at omstillingen skal gjennomføres. Dersom det er store utfordringer ved gjennomføringen kan det medføre henvendelser fra brukere og pårørende som er misfornøyd med tjenestetilbudene. De negative effektene kan være at innbyggerne mister tillit til politikerne og stiller spørsmål ved om de rette beslutningene er tatt. De positive effektene kan komme på sikt dersom omstillingen lykkes ved at tjenestetilbudet gir økt mulighet for mestring og selvstendighet så flere kan bo hjemme lenger, og kostnadene i sektoren reduseres. Det vil føre til fornøyde innbyggere. Det vil også kunne gi politikerne økt økonomisk handlingsrom.

Tilsynslegene

Noen av fastlegene har tilsynslegefunksjonen i korttidsavdelingene. De er dermed en viktig aktør for å få til gode pasientforløp mellom sykehus, korttidsavdelingene og hjemmet. De negative effektene kan være stort arbeidspress når de utfører sine tilsynslegeoppgaver, enten i avdelingen eller ved hyppige telefonsamtaler med avdelingene. De positive effektene kan komme på sikt ved at det blir aktive avdelinger med interessante oppgave gjennom utredning, opptrening og rehabilitering, og pasienter som opplever økt mestring i hverdagen.

Fastlegene

Fastlegen blir berørt av omstillingen ved at deres pasienter med komplekse helsetilstander må motta tjenester i eget hjem. Dette vil innebære at fastlegen i større grad må gå på hjemmebesøk. Fastlegene kan også oppleve økt press fra brukere og pårørende for å få støtte til søknad f.eks. om opphold i institusjon. Dette vil ha konsekvenser for fastlegene ved at de må bruke mer tid på disse pasientene og deres pårørende.

Frivillige

Frivillige kan bli berørt av omstillingen ved at behovet for frivillig arbeid kan øke. Hjemmeboende som etter opplegg med innsatsteamet reduserer tjenestene fra hjemmetjenesten, kan bl.a. oppleve ensomhet ved at ansatte i hjemmetjenesten ikke lenger kommer så ofte som tidligere, eller ikke kommer i det hele tatt. For brukere som ikke deltar på sosiale arenaer i særlig grad kan ansatte i hjemmetjenesten være viktig for daglige møter med andre mennesker. Dersom tjenestene fra hjemmetjenesten reduseres kan besøk av frivillige bli en ny sosial arena for brukeren.

Sykehuset

Spesielt når det gjelder utskrivningsklare pasienter er sykehuset en viktig aktør. Kommunen er i daglig kontakt med sykehuset. Det er en klar tendens at pasienter som skrives ut har mer komplekse helsetilstander enn tidligere. Forventningene fra sykehuset til kommunen når det gjelder kompetanse og fleksible tjenestetilbud er store. Kommunen klarer stort sett alltid å etablere tjenester for nødvendig helsehjelp når pasienten er utskrivningsklar. I starten av omstillingen kan

det være behov for å kjøpe plass til brukere ("kjøpe døgn") på sykehuset, i påvente av å få på plass nødvendig tjenestetilbud. Det kan være pasienter med stort behov for tjenester. Dette vil ha sammenheng med lavt antall korttidsplasser. Kjøp av plasser i sykehus gjøres i liten grad. Samlet effekt for sykehuset vil ikke være stor.

5.2 Sekundære interessenter

De som på et vis berøres av omstillingen, men som til daglig har en mer perifer rolle.

KØH-tilbudet på Myratunet

Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) sengene på Myratunet kan bli berørt av omstillingen. Det kan være en utfordring å ta i mot pasienter som legges inn på KØH for vurdering og oppfølging, etter to-tre døgn. Kommunen kan trenge lengre tid for å få på plass tjenestetilbud. KØH-tilbudet er relativt lite benyttet foreløpig og samlet effekt vil være liten.

NAV-hjelpemiddelsentralen

Hjelpemiddelsentralen berøres av omstillingen ved at det blir økt etterspørsel etter hjelpemidler pga. økning i varig behov for tilrettelegging. Når brukere skal bo lenger hjemme og få tilbud om hverdagsrehabilitering i eget hjem, vil det utløse behov for tilrettelegging ved hjelp av hjelpemidler. Samlet effekten for hjelpemiddelsentralen vil ikke bli veldig stor siden kommunen har eget korttidslager for midlertidig hjelpemiddelbehov.

Klientutvalget i kommunen

Klientutvalget skal behandle klager. Dersom vedtak opprettholdes sendes klagen videre til Fylkesmannen. Ved omlegging av tjenestene av en slik karakter som her gjøres, er det rimelig å forvente flere klager på tjenestetilbudet og økt arbeid på klientutvalget.

Fylkesmannen

Fylkesmannen er klageinstans etter Helse og omsorgstjenesteloven. Ved omlegging av tjenestene av en slik karakter som her gjøres, er det rimelig å forvente flere klager på tjenestetilbudet. Fylkesmannen kan også ha interesse av å følge med på om kommunen faktisk gir nødvendig helsehjelp. Samlet effekt for Fylkesmannen vil være relativt liten.

6 Beslutninger

Omstillingen gjennomføres i linja og faglige beslutninger tas fortløpende på det nivået sakene hører hjemme. Beslutninger som medfører økte utgifter tas opp med leder for omstillingen og kommunalsjefen. Kommunalsjefen vurderer om saker må bringes inn i styringsgruppa. Det er retten til nødvendig helsehjelp som legges til grunn for tjenestetildelingen.

Dersom det foreslås endringer i vedtatt omstilling som innebærer endring i tjenestetilbudet og medfører økonomiske konsekvenser, skal dette behandles politisk.

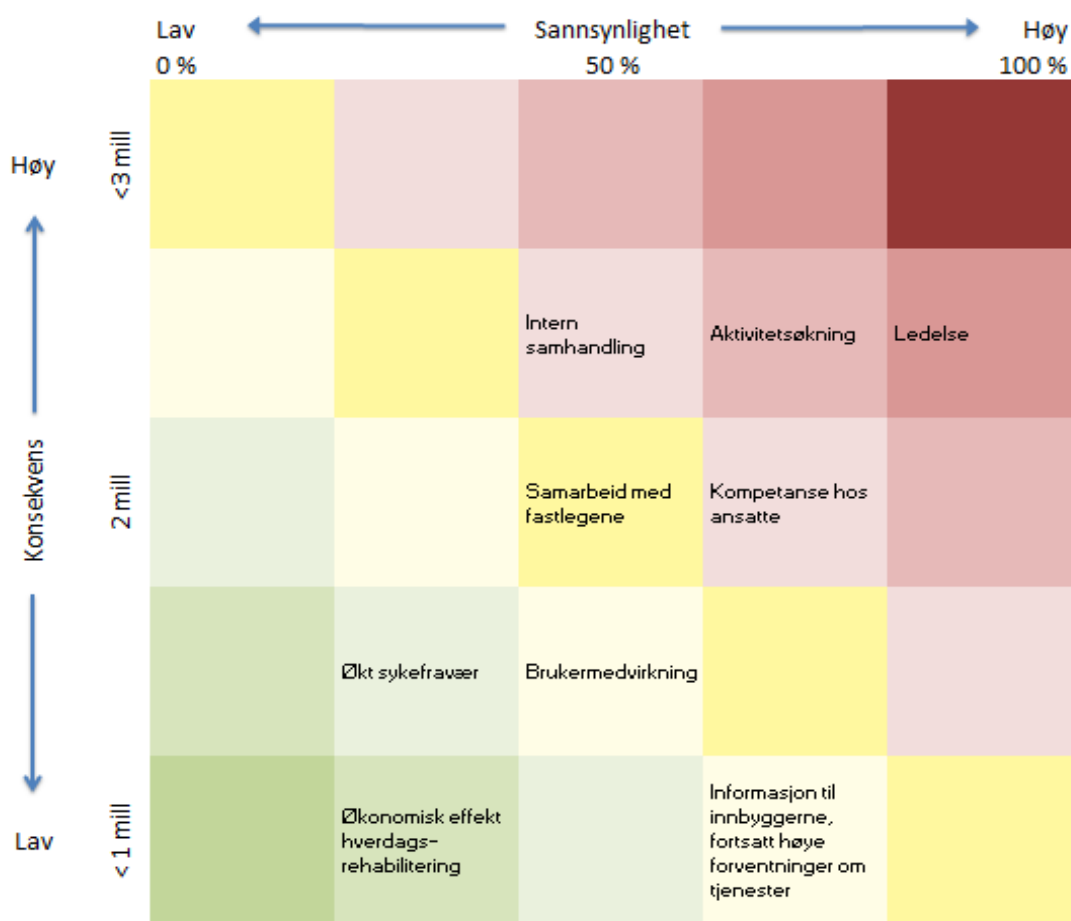
7 Risikovurdering

Se også matrise side 18.

- **Aktivitetsøkning**
Aktiviteten i de hjemmebaserte tjenestene (hjemmetjenesten og HDO) vil øke siden hovedmålet med omstillingen er å skyve tjenester nedover i omsorgstrappa. Effekt av hverdagsrehabilitering, demografisk utvikling samt behov for hjemmetjenester pga redusert tilbud øverst i omsorgstrappa, er faktorer som vil påvirke aktiviteten i de hjemmebaserte tjenestene. Det er en risiko for at det er strammet for mye til på det øverste omsorgsnivået. Aktiviteten i spesielt hjemmetjenesten kan bli høyere enn forventet. Det kan medføre betydelig høyere kostnader enn antatt.
- **Ledelse.**
Omstillings- og endringskompetanse hos lederne på alle nivåer (sektorledere, enhetsledere, fagledere) vil ha betydning for gjennomføringen av omstillingen. Ledernes evne til å iverksette, gjennomføre og følge opp tiltakene i enhetene/tjenestene vil ha stor betydning for om omstillingen lykkes. Det er viktig at sektorledere, enhetsledere og fagledere tar et felles ansvar for gjennomføringen av omstillingen. Informere, motiverer og engasjerer de ansatte, og legger til rette for kompetanseheving. Ledelsesmessig kapasitet er en utfordring på alle nivåer. Det er høyt driftspress på alle ledere. Det å finne tid til å etablere arenaer og gjennomføre prosesser er krevende. Det er generelt lav ledertetthet i sektoren.
- **Intern samhandling.**
Brukerne beveger seg hovedsakelig mellom eget hjem, sykehuset, KØH, korttidsavdeling, eget hjem. Dersom samhandlingen mellom tjenesteområder og enheter ikke fungerer kan det medføre at brukere må ha tjenester på et høyere omsorgsnivå enn nødvendig helsehjelp tilsier. Viktig at ansatte og ledere er klar over konsekvensen av at en skyver brukere oppover i omsorgstrappa. Kommunikasjon og samarbeid på alle nivåer i organisasjonen har betydning for den interne samhandlingen.
- **Kompetanse hos ansatte.**
Det er viktig å nyttegjøre seg kompetansen ansatte har. For eksempel ved at ansatte som har kompetanse innen demens, faktisk gir tjenester til mennesker med demenssykdom. Det er også viktig at nødvendig opplæring blir gitt dersom det avdekkes mangel på kompetanse. Hvis dette ikke følges opp kan det medføre dårlige pasientforløp og at brukere skyves oppover i omsorgstrappa. Endringskompetanse, holdninger, verdier og forståelsen av det som ligger i "fra passiv hjelp til aktiv mestring" vil også være viktig kompetanse hos ansatte.
- **Samarbeid med fastlegene.**
Informasjon om vedtak må sendes fastlegene. Fastlegene må oppfordres til å ta kontakt med kommunen for å avklare hvilke tjenester bruker får. Det oppleves at fastlegen til tider sterkt anbefaler tjenester på et høyere omsorgsnivå enn det kommunen vurderer som et forsvarlig tjenestenivå. Dette bidrar til å skyve brukere oppover i omsorgstrappa.
- **Brukermedvirkning**
Liten involvering av bruker og pårørende i planlegging og oppfølging av tjenestene kan medføre misforståelser, utrygghet og lav tillit til tjenestene. Det kan medføre at brukere i perioder får tjenester på et høyere omsorgsnivå enn der de hører hjemme.
- **Økt sykefravær.**
Arbeidsbelastning på ansatte har vært høy spesielt i korttidsavdelingene og i hjemmetjenesten. Økt arbeidspress over tid kan medføre økt sykefravær og dermed økte

utgifter til vikarer. Så langt er det svært lavt sykefravær i de enhetene som omfattes av omstillingen.

- Informasjon til innbyggerne.
For dårlig informasjon til innbyggerne og fortsatt høye forventninger om hvilke tjenester kommunen kan stille opp med, kan bidra til å skyve brukere oppover i omsorgstrappa. Det vil kunne medføre økte kostnader.
- Økonomisk effekt hverdagsrehabilitering.
Kommunen kom senere i gang med hverdagsrehabilitering enn planlagt. Effekten så langt mht reduksjon i antall timer hjemmetjenester per bruker per uke er større enn antatt. Det må likevel beskrives som en risiko at den økonomiske effekten av hverdagsrehabilitering kan bli mindre enn antatt og aktiviteten i hjemmetjenesten over tid kan bli høyere enn beregnet. Beregnet effekt av hverdagsrehabilitering er lagt på et lavt nivå så den økonomiske risikoen vurderes som lav.



7.1 Tiltak for å redusere risikofaktorer

- Systematisk gjennomgang av brukere i hjemmetjenesten for å finne de som er aktuelle for hverdagsrehabilitering.

- Jevnlig informasjon om omstillingen i lokalavisa.
- Styrke faglederressursene i korttidsavdelingene (lagt inn i budsjett 2015).
- Endre gruppene i hjemmetjenesten ved å redusere med en fagleder og i stedet ansette en sykepleiekonsulent som kan ta seg av innleie av personell. Faglederne får mer tid til fagledelse og kan være tettere på ansatte og de oppgavene som skal gjennomføres.
- Kompetansetiltak for ansatte og ledere innen hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.
- Kontinuerlig evaluering av samhandlingsarenaene og hvem som deltar der.
- Følge og evaluere pasientforløp. Bruke erfaringen, kompetansehevingen og samhandlingsarenaene til å holde brukere nede i omsorgstrappa for å nå målene vedr. kortids- og langtidsplasser. Lære av gode og dårlige forløp ved at disse gjennomgås i tjenestene.
- Ett kvalitetsutvalg som skal utarbeide forslag til hvordan det skal arbeides med medikamenthåndtering, dokumentasjon samt rutiner og prosedyrer. Kvalitetsutvalget forankrer arbeidet i enhetsledergruppa for pleie og omsorg så enhetslederne kan implementere det som vedtas, i egne enheter.
- Evaluere, følge opp og eventuelt forbedre praksis vedrørende involvering av brukere og pårørende i planleggingen av tjenestene.
- Forebygge sykemeldinger gjennom at lederne har tett kontakt med ansatte, spesielt i avdelingene med høyt arbeidspress.
- Ledelse/ledelsesutvikling ved at ledergruppa selv bl.a. arbeider med kommunikasjon og samhandling internt. Støtte hverandre, motivere og engasjere hverandre, stå sammen i vanskelige prosesser. Gjøre hverandre gode. Det skal også gjennomføres et lederutviklingsprogram i kommunen i 2015.
- Registrere, analysere og sammenstille tall gjennom datafangsten. Eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av forhold som fremkommer.

8 Kvalitetssikring og rapportering

- Status for enkeltområder omtales i ledermøte pleie- og omsorg annenhver uke (i perioder ukentlig).
- I styringsgruppa en gang i måneden.
- Helse- og omsorgsutvalget hvert møte.
- Dokumentasjon
 - Referater interne møter
 - Tertialrapportering
 - Egen rapport for status i omstillingen vedlagt 2. tertialrapport 2014
 - Årsmelding
 - Månedlig kort rapport fra januar 2015

Oppfølgingspunkter fra gjennomgangen av omstillingen (egen rapport for status). Punktene følges opp på de arenaene som er etablert.

- Ønsker bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av enhetene videre i omstillingsprosessen.
- Økt fokus på risikovurderinger og eventuelle tiltak videre i omstillingsprosessen.
- Ønske om tydeligere prosjektorganisering og prosjektledelse.
- Tettere økonomioppfølging i sektoren, og et ønske om mer fokus på økonomi i sektormøtene.
- Vurdere realismen og eventuelle korreksjoner i den videre tidsplanen for omstillingen.
- Vurdere dagens samarbeidsarenaer i forbindelse med omstillingen.

8.1 Fremdriftsplan

2014/2015	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Nå målet om å få på plass 70 langtidsplasser														
Nå målet om å få på plass 27 korttidsplasser														
Kompetanse velferdsteknologi i hjemmetjenesten og bestillerenheten														
Brukere som søker tjenester vurderes for innsatsteamet														
Kompetansetiltak korttidsavdeling - rehabilitering, rutiner for inn og ut av avdelingen, planlegging til hjemmet														
Kompetansetiltak hverdagsrehab. hjemmetjenesten														
Alle søkere på tjenester skal vurderes for tiltak velferdsteknologi (da vil det være mulighet for å tilby ulike tiltak)														

Gjennom hele 2015 vil det arbeides med å nå målet om 70 langtidsplasser og 27 korttidsplasser. Det vil gjennom hele året settes fokus på velferdsteknologi i bestillerenheten og hjemmetjenesten.

Det gjøres forberedelser for at det fra 01.09.15 kan foretas vurdering av alle som søker om hjemmetjenester, for velferdsteknologiske tiltak. Når det skal gjøres vedtak må det også være mulige tiltak å iverksette. Det vil planlegges og gjøres utprøvinger gjennom året med tanke på hvilke velferdsteknologiske tiltak kommunen skal satse på.

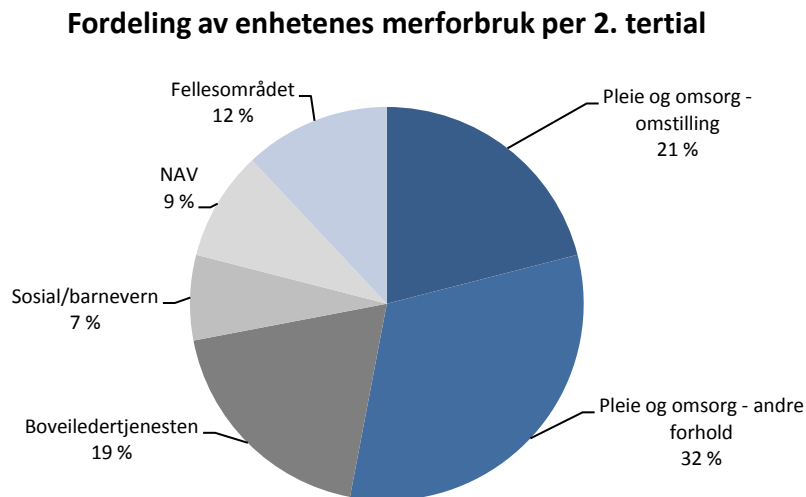
Brukere som søker hjemmetjenester vurderes for hverdagsrehabilitering/innsatsteam. Kompetansetiltak i hjemmetjenesten vedrørende hverdagsrehabilitering gjennomføres i perioder.

Kompetansetiltak i korttidsavdelingene er fortsatt aktuelt, spesielt når det gjelder rehabiliteringstenkning og rutiner for innleggelse og utskrivning til hjemmet. Dette vil prioriteres i tidsavgrensede perioder.

9 Økonomi

De økonomiske rammene for omstillingen er vedtatt i Budsjett- og handlingsprogram 2014-2017. Hver enhets budsjett er styrende. Det er satt av en buffer på 1,05 mill. kroner.

Status 2. tertial viser et merforbruk for sektoren samlet på 19,2 mill. kroner og for enhetene som omfattes av omstillingen på 10,2 mill. kroner. 4 mill. kroner kan tilskrives omstillingen. Figuren under viser prosentvis fordeling av merforbruket.



Budsjett for 2015 har tatt høyde for demografisk vekst på ca 7 % i hjemmetjenesten og HDO. Det er lagt inn antatt effekt av hverdagsrehabilitering. I tillegg er enhetenes budsjett justert for inngangsfart (faktisk aktivitetsnivå) 2015.

10 Sluttrapport

Det rapporteres fortløpende i tertialrapporter og årsmeldinger. Det vil utarbeides en sluttrapport når målsettingen er nådd.