



Sluttrapport for omstilling i
pleie- og omsorgstjenestene 2014-2015

Fra passiv hjelp til aktiv mestring

Innhold

Innhold	2
1 Bakgrunn for omstillingen	3
1.1 Mål og rammer.....	4
2 Prosessen.....	6
2.1 Ressurser	6
2.2 Arenaer	7
2.3 Indikatorer.....	7
3 Gjennomføring.....	9
3.1 Kompetanseheving.....	9
3.2 Nedleggelse av rehabiliteringsavdelingen Berge gård.....	9
3.3 Hverdagsrehabilitering.....	10
3.4 Etablering av korttidsavdelingene.....	10
3.5 Nedleggelse av syv langtidsplasser Fevikun.....	11
3.6 Informasjon til beboere og pårørende	11
3.7 Informasjon til innbyggerne	12
3.8 Samarbeid med brukere og pårørende	12
4. Resultater	13
4.1 Langtids- og korttidsplasser.....	13
4.2 Hjemmetjenesten.....	14
4.3 Hverdagsrehabilitering.....	16
4.4 Heldøgns omsorgsboliger.....	17
4.5 Økonomi	18
4.6 Andre områder det ble fulgt med på.....	19
5. Konklusjon	20
6. Forhold som ble avdekket i omstillingsprosessen.....	21
6.1 Ressursstyringsmodellen	21
6.2 Avlastning hjemmetjenesten.....	21
6.3 Behov for gjennomgang av hjemmetjenesten	21
6.4 Aktiviteter på dagtid og kveldstid	22
6.5 Nattjenesten.....	22
7. Litteraturliste	24

Prosjektleder: Bente Somdal

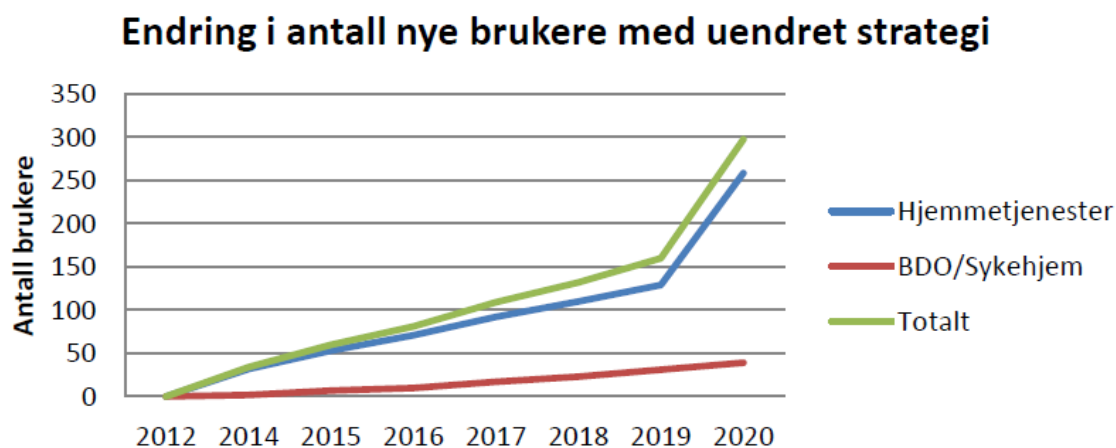
1 Bakgrunn for omstillingen

Rune Devold AS gjennomførte i 2012 en drifts- og ressursanalyse av helse- og omsorgssektoren i Grimstad kommune. I sin rapport konkluderer Devold med at kapasiteten i omsorgstjenestene er rimelig god samlet sett. Devold konstaterte at det var effektiv drift i de fleste deler av omsorgstrappa, men det gjenstod å optimalisere effektiviteten i et par ledd. Omsorgstrappa hadde en total kapasitet som var tilstrekkelig for befolkningens behov og de kriteriene for tildeling av tjenester kommunen benyttet, med følgende presisering:

- kapasiteten er effektivt dimensjonert totalt sett
- svært effektiv for hjemmetjenestens del
- noe mindre effektiv innen heldøgns omsorgstjenester (HDO) og sykehjem

Med dette menes at kapasiteten kunne vært mindre på toppen av omsorgstrappa (sykehjem og HDO) dersom kapasiteten var større i hjemmetjenesten. I så fall ville hele trappas kapasitet vært mer effektiv enn den var på tidspunktet for undersøkelsen. I praksis betydde dette at antall plasser i HDO og sykehjem kunne vært færre. Disse vurderingene ble støttet av Deloitte som gjennomførte prosjektet "Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for helse- og sosialsektoren i perioden 2009-2012".

Figuren under er hentet fra Devold sitt analysemateriale.



Figur 1, Fra Devoldrapporten 2012

Figuren viser endring i antall nye brukere med uendret strategi (samme tildelingskriterier og konstante brukerbehov). Veksten i nye brukere i hjemmetjenesten er her ca 20 per år fram til 2019-2020, og tilsvarende ca 6 brukere i HDO/sykehjem. Fra 2019 øker antallet brukere med behov for hjemmebaserte tjenester betydelig. Det første året med ca 120. Det betyr at Grimstad fra 2020 står foran store demografiske utfordringer. Derfor ble det besluttet å innføre ny strategi for helse- og omsorgstjenestene slik at tjenestene kan møte utfordringene som kommer fra 2019 og utover.

Rådmannen prøvde å legge inn satsing på rehabilitering i budsjett- og handlingsprogram 2013-2016, men fikk ikke gjennomslag. Sektoren fikk et salderingskrav i 2013 og måtte starte en omstilling med radikal endring. Ny tilnærming til tjenestene innebar en endring i tilnærming; fra "Hva kan jeg gjøre for deg?" til "Hva kan du gjøre selv?", altså fokus på mestring og selvstendighet. I budsjett for 2014 og handlingsprogram 2014-2017 ble det beskrevet en strategi for at kommunen skulle forberede seg på disse utfordringene. Rådmannen foreslo å redusere kapasiteten i toppen av omsorgstrappa ved

midlertidig å legge ned rehabiliteringsavdelingen ved Berge gård med 12 plasser, og midlertidig stenge en avdeling med 7 plasser ved Feviktun bo- og omsorgssenter.

Følgende ble vedtatt:

- legge ned rehabiliteringsavdelingen på Berge gård midlertidig, 12 plasser
- legge ned 7 langtidsplasser på Feviktun midlertidig, kommunen skulle ha 70 langtidsplasser
- omgjøre langtidsplasser til korttidsplasser så kommunen hadde 27 korttidsplasser (samt 2 visningsleiligheter for velferdsteknologi som allerede var etablert)
- iverksette hverdagsrehabilitering

I tillegg ble det gitt økonomiske resultatkrav til omsorgsenhetene i 2014:

- Legge ned rehabiliteringsavdelingen ved Berge gård: -4,5 mill. kroner.
- Opprette "innsatsteam" for hverdagsrehabilitering: 2,7 mill. kroner.
- Effekt av hverdagsrehabilitering: -2 mill. kroner nedtrekk hjemmetjenesten.
- 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 i løpet av 2014: -1,2 mill. kroner.
- Buffer på sektorens fellesområde knyttet til omstilling i enhetene i helse og omsorg: 1,05 mill. kroner.

1.1 Mål og rammer

Det overordnede mål for omstillingen var å gi en større andel av tjenestene på et lavere nivå i omsorgstrappa. I praksis ville det si at en større andel av tjenestene skulle gis til hjemmeboende og en mindre andel i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger (HDO). Nedleggelse av sengeplasser er midlertidige tiltak fram mot 2020, og har som formål å frigjøre ressurser til å iverksette en alternativ strategi, jf Devold AS, og for å redusere kostnadsveksten innenfor helse og omsorg. Disse to strukturelle grepene må ses i lys av en rekke andre tiltak som iverksettes i samme periode.

Delmål:

1. Flere skal bo hjemme lengre og mestre sin egen hverdag
2. Realisere de økonomiske resultatkrav som ble 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. I løpet av omstillingen skal kommunen ha:

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

Fordelingen langtid/korttid per 31.12.13, da vi startet prosessen, er noe usikker. De 12 plassene som var på rehab var korttid, men korttidsplasser på sykehjemmene varierte. Ofte hadde brukere på korttidsplasser vedtak om langtidsplass, eller ventet på langtidsplass. Tallene er derfor cirkatall.

Innføring av hverdagsrehabilitering (opprette innsatsteam) skal iverksettes 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
- brukere av ordinære hjemmetjenester som med kortvarig og tidsavgrenset ekstra innsats har mulighet for å øke funksjonen
- 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)

Selv om det ble lagt ned institusjonsplasser er Grimstad godt dekket når det gjelder boliger med heldøgns omsorg og sykehjemsplasser. Grimstad har svært mange omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester, sammenliknet med nabokommuner.

Rådmannens vurdering var at den omstillingen som ble beskrevet for sektoren var risikofylt. Det handlet om en rekke tiltak som krevde stor gjennomføringskraft, og det var en viss usikkerhet knyttet til om de økonomiske effektene ville bli av en slik karakter som ble forutsatt. I tillegg var det en usikkerhet med hensyn til hvor raskt effektene vil komme.

Strategiene og retningen på tjenestene er forankret i kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026, "Fra passiv hjelp til aktiv omsorg", vedtatt i kommunestyret 02.02.15 (planarbeidet ble påbegynt november/desember 2013). Underveis i omstillingsprosessen ble det utarbeidet prosjektbeskrivelse for omstilling i pleie- og omsorgstjenestene 2014-2015, vedtatt i rådmannens ledergruppe 25.11.14.

Nasjonale planer og Stortingsmeldinger understøtter valgte strategier.

2 Prosessen

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

- Bestillerenheten
- Hjemmetjenesten
- Berge gård
- Frivolltun
- Feviktun
- Helsetjenesten v/hverdagsrehabilitering og fysio- og ergoterapitjenesten

2.1 Ressurser

For å styrke kapasiteten til omstilling i sektoren, gikk enhetsleder for helsetjenesten inn som assisterende kommunalsjef fra 01.03.14. Prosjektet skulle gjennomføres i linjeorganisasjonen og ble beskrevet i budsjett – og handlingsprogram 2014-2017. Sektorledelsen var av den oppfatning at omstillingen var godt forankret hos enhetslederne. Det var brukt mye tid i enhetsledermøter høst 2013 med å jobbe frem omstillingsstrategien og tiltakene som er beskrevet. Følgende dokumenter ble utarbeidet og arbeidet med i ledergruppen i sektoren:

- Plan for implementering av hverdagsrehabilitering i Grimstad kommune, Aktiv i eget liv (vedtatt i kommunestyret 17.06.13)
- Teksten til budsjett- og handlingsprogram 2014-2017
- Utredning og etablering av korttidsplasser på Frivolltun og Feviktun – ferdigstilt februar 2014

Økonomi- og HR-rådgiver var koblet på økonomioppfølgingsmøter med enhetslederne fra før omstillingen ble vedtatt og dette fortsatte inn i omstillingen. Det kom forslag fra økonomiavdelingen om enda tettere oppfølging, men sektorledelsen mente i oppstartsfasen at dette ikke var nødvendig.

Det viste seg imidlertid våren 2014 at strategien og tiltakene ikke var godt nok forankret i enhetene.

Rådmannen besluttet at økonomi- og HR-rådgiver skulle gjøre en status for arbeidet så langt ved å snakke med enhetsledere og fagledere i de berørte enhetene. Dette ble gjort i perioden 13.08.14-30.09.14 og statusrapport lagt ved 2. tertialrapport 2014.

Gjennomgang avdekket behov for å etablere en egen prosjektorganisasjon i det videre arbeidet, med egen prosjektplan, som skulle støtte opp om arbeidet i linja og tydeliggjøre enhetenes ansvar og oppgaver. Støttefunksjonene (økonomi og HR) fikk en tydeligere rolle ved at det ble opprettet en analysegruppe. Prosjektplanen beskrev også områder med rom for forbedring som ble påpekt i statusrapporten fra økonomi- og HR-rådgiverne:

- Ønsker bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av enhetene videre i omstillingsprosessen
- Økt fokus på risikovurderinger og eventuelle tiltak videre i omstillingsprosessen
- 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

Fra november 2014 ble enhetslederansvaret for bestillerenheten lagt til assisterende kommunalsjef.

2.2 Arenaer

I prosjektperioden var det flere samhandlingsarenaer der aktuelle fagpersoner og ledere møttes for å diskutere ulike forhold ved omstillingen.

Samhandlingsarenaene var mellom følgende enheter:

- Bestillerenheten – hjemmetjenesten
- Bestillerenheten – korttidsavdelingene – helsetjenesten
- Bestillerenheten – hverdagsrehabilitering
- Bestillerenheten – Berge gård (HDO)
- Bestillerenheten – Grom (HDO)
- Enkelte møtepunkter mellom Bestillerenheten – hjemmetjenesten - korttidsavdelingene

Aktuelle tema til drøfting på disse arenaene var:

- samarbeid/samhandling/samspill
- pasientforløp
- ledelse/fagledelse
- bruk av personalressurser/økonomi
- tidlig innsats
- helhetlige tjenester
- kompetanse og kvalitet
- dokumentasjon/Gerica
- rutiner
- brukermedvirkning og pårørendesamarbeid
- bruk av frivillige

Det foreligger referater fra møtene.

Analysegruppa og styringsgruppa har hatt månedlige møter. Det foreligger rapport fra hver måned i hele 2015 basert på funn fra indikatorene det er fulgt med på og basert på diskusjoner innen aktuelle tema på de ulike arenaer. Flere av møtene i analysegruppa har vært arbeidsmøter knyttet til rapporten, og da foreligger det ikke eget referat.

2.3 Indikatorer

Det ble besluttet at en i omstillingen skulle følge med på noen indikatorer for å måle utviklingen. Gjennom kommunens ordinære rapporteringssystemer følges det med på regnskapstall, HR-tall og antall vedtakstimer (basert på helse- og omsorgstjenesteloven og retten til nødvendig helsehjelp). I tillegg ble det fulgt med på:

- antall brukere med tilbud om hverdagsrehabilitering
- antall timer reduksjon i behov for ordinære hjemmetjenester per uke hos de brukerne som fikk tilbud om hverdagsrehabilitering
- brukere som ble skrevet ut fra sykehuset og hvor de gikk (hjem, korttidsavdeling, tilbake til langtid)
- antall hjemmeboende med behov for tjenester på nivå med heldøgns omsorg/sykehjem

- antall dødsfall i sykehjemmenes langtidsavdeling per måned
- antall kjøpte døgn i sykehus
- leverte timer utenom vedtak i omsorgsboligene
- døgn med fastvakt i omsorgsboligene

3 Gjennomføring

3.1 Kompetanseheving

Opplæring i hverdagsrehabilitering og tenkningen rundt generell rehabilitering med mestring og selvstendighet som bærende prinsipp for tjenestene, ble startet opp høsten 2013. Kommunen deltok i et kompetanseprosjekt i regi av Utviklingssenteret og det ble utarbeidet undervisningsopplegg på to nivåer:

- For ressurspersoner
- For ansatte i hjemmetjenesten

Undervisning ble gjennomført i regi av fysio- og ergoterapitjenesten med mange ansatte fra hjemmetjenesten og korttidsavdelingene på kurs høsten 2013 og våren 2014 spesielt. Små bolker med undervisning for de hjemmebaserte tjenestene, inkludert HDO har fortsatt i hele perioden 2014-2015.

Det har også vært tilbud til ansatte om opplæring i velferdsteknologi. Dette har vært i regi av utviklingssenteret og ellers i forbindelse med prosjekter kommunen deltar i. Det har i tillegg vært arrangert opplæring for ansatte på Visningsarenaen på Frivolltun.

Det ble arrangert lederseminar i sept. 2014, for enhetsledere, fagledere og nøkkelpersoner. Erfaringen viser at dette burde vært gjennomført tidligere. Tema for seminaret var:

- Status for omstillingen
- Hva kjennetegner endringsprosesser
- Ledelse ved endringsprosesser
- Veien videre

Våren 2015 ble det arrangert nytt lederseminar i samarbeid med Bedrifts- og personalpsykologi. Tema var teamarbeid:

- Hva er vi gode på?
- Hva har vi lyktes med?
- Hva vil vi gjøre mer av?

Målet var bl.a. samkjøring og samarbeid på tvers av enheter. For å klare å innføre ny strategi i helse- og omsorgstjenestene må enhetene jobbe sammen og fremstå som én tjeneste med felles mål.

I januar 2015 var ledere fra korttidsavdelingene på Fevikun og Frivolltun, fagleder fysio- og ergoterapitjenesten, saksbehandler fra bestillerenheten og prosjektleder på besøk på Valhalla korttidssykehjem i Kristiansand. Målet var å få kunnskap om drift av korttidsavdelinger. Valhalla har vært etablert som korttidssykehjem i noen år og det var nyttig å diskutere erfaringer og mulighetsrommet for utvikling av korttidsavdelingene.

3.2 Nedleggelse av rehabiliteringsavdelingen Berge gård

Berge gård fikk redusert sin budsjettamme med 4,5 mill. kroner for 2014 og 5 mill. for 2015 (helårsvirkning). Rehabiliteringsavdelingen ble stengt 15.02.14. Fra 01.01.14 ble det planlagt

nedleggelse slik at pasienter som trengte opphold etter 15.02.14 ikke fikk opphold på Berge gård. Det var noen få pasienter som ble overflyttet til Frivolltun da avdelingen ble stengt. Flere av de ansatte på rehabiliteringsavdelingen ønsket å jobbe i innsatsteamet og ble overflyttet dit. De resterende fikk arbeid i andre enheter, langt på vei etter eget ønske. Det ble gjennomført omstillingsprosess med hjelp fra HR-avdelingen.

3.3 Hverdagsrehabilitering

Plan for implementering av hverdagsrehabilitering, Aktiv i eget liv, som ble vedtatt i kommunestyret i juni 2013 beskriver hvordan rådmannen ville forsterke det helhetlige arbeidet med rehabilitering i kommunen. Planen omtaler implementering av hverdagsrehabilitering som arbeidsform og hvilke effekter dette vil ha gjennom økt velferd for brukerne (selvstendighet og mestring), samt begrense kostnadsveksten innenfor pleie og omsorg på lengre sikt.

Av de midlene som ble hentet ut av budsjett for Berge gård (2,7 mill.) ble det opprettet et innsatsteam for hverdagsrehabilitering. Flere ansatte kom fra rehabiliteringsavdelingen og dette sikret god kompetanse på rehabilitering. Det ble opprettet ny stilling for fysioterapeut og ergoterapeut. Iverksetting av hverdagsrehabilitering ble gjort etter modell som både kommuner i Danmark og Norge har benyttet. Det er ulike alternative modeller som har vært benyttet, men Grimstad valgte å legge tjenesten organisatorisk i helsetjenesten. Bakgrunnen for dette var at fokuset på egenmestring og selvstendighet allerede var godt etablert i helsetjenesten og hverdagsrehabilitering som modell passet godt inn i måten ansatte i helsetjenesten arbeidet på. Modellen la opp til at innsatsteamet hadde ansvar for opplæring i rehabilitering for ansatte i hjemmetjenesten. Innsatsteamet besto av tre fagarbeidere, en sykepleier, en fysioterapeut og en ergoterapeut. I starten dekket innsatsteamet vakter på dag, kveld og helg. Erfaring underveis viste at pasientene ikke var motivert for å trene på kveldstid. Fra medio 2015 ble ressursene flyttet til dagtid og helg. Det har medført at innsatsteamet sammen med fysioterapitjenesten har opprettet to grupper med styrke- og balansetrening for hjemmeboende, bl.a. for å forebygge fall. (Gruppene blir også gjenstand for følgeforskning i 2016.)

Rekruttering av pasienter til innsatsteamet for hverdagsrehabilitering har i hele perioden blitt gjort via bestillerenheten og hjemmetjenesten.

50 % stilling til forebyggende hjemmebesøk ble lagt organisatorisk sammen med hverdagsrehabilitering. Hjemmebesøkene gjennomføres til befolkningen over 78 år (startet i 2011/2012 som prosjekt) som ikke får tjenester fra kommunen. Dette er en informasjonskanal til denne delen av befolkningen og en arena for å samtale om forhold som har betydning for helse og livskvalitet. Det er et viktig helsefremmende arbeid.

3.4 Etablering av korttidsavdelingene

I forkant av etablering av korttidsavdelingene ble det gjennomført en utredning basert på følgende mandat:

- Formålet med korttids plassene
- Kapasitet og tildelingskriterier, inklusive behovet for å differensiere denne tjenesten
- Legeressurser inn i tjenesten
- Samarbeid og samhandling mellom enhetene i helse og omsorg, inklusive helsetjenesten. Avklaring av roller og ansvar mellom bestillerenheten og utførerenhetene
- Innsatsteamet (hverdagsrehabilitering) sin rolle

- Kompetansekrav til ansatte i korttidsavdelingene

Rapporten var ferdig i februar 2014 og ble lagt til grunn for etablering av korttidsavdelingene.

Omgjøring av langtidsplasser til korttidsplasser ble gradvis gjennomført. I 3. etasje på Frivolltun var målet å etablere 20 korttidsplasser og dermed bygge opp og reddykke kompetanse knyttet til korttidsavdeling. Frivolltun hadde hatt enkelte korttidsplasser tidligere. Disse ble nå samlet og økt opp i antall. Korttidsopphold skulle være målrettet, tidsavgrenset og fleksibelt og det kunne være aktuelt med både rehabiliteringsopphold, utredning, observasjon og avlastning. Underveis i prosessen ble det besluttet å beholde fire langtidsplasser på Silas og heller opprette fire avlastningsplasser for personer med demenssykdom på Gullregn. Gullregn er en avdeling for personer med demens og en kunne da utnytte kompetansen der bedre. 16 korttidsplasser ble beholdt i 3. etasje. En var i mål med opprettelsen av disse plassene i løpet av mars 2015.

Opprettelsen krevde opplæring i rehabiliteringsarbeid for ansatte. Mange ansatte var vant til å jobbe i langtidsavdeling, mens nå var det opptrening, rehabilitering, utredning og at bruker skulle hjem igjen som var det sentrale. Ansatte i innsatsteamet og i fysio- og ergoterapitjenesten hadde ansvar for opplæringen.

Det var problematisk å få etablert treningsrom på korttidsavdelingene på Frivolltun. Helt mot slutten av omstillingsperioden er det opprettet treningsrom på stua på Bølgen. Det gjenstår fortsatt noe før dette fungerer optimalt. Underveis har det vært treningsstasjoner rundt på avdelingene og det har vært rom for individuell behandling, men dette har ikke vært optimalt.

På Fevikun ble det opprettet 7 korttidsplasser på avdeling Bøkeskogen. Fevikun hadde hatt noen korttidsplasser spredd på flere avdelinger. Disse ble nå samlet, samt at noen flere ble etablert slik at en nådde 7 korttidsplasser i løpet av første halvår 2014. Samme opplæring som ble gitt til ansatte på korttidsavdelingene på Frivolltun, ble også gitt til ansatte på Fevikun.

Det ble raskt opprettet treningsrom på korttidsavdelingen på Fevikun, samt rom for individuell trening. Treningsrommet har vært svært godt benyttet av brukerne fra korttidsavdelingen og har vært viktig i arbeidet med egenmestring og selvstendighet for brukerne.

3.5 Nedleggelse av syv langtidsplasser Fevikun

De syv langtidsplassene på avdeling Granitten på Fevikun ble lagt ned i perioden 01.01.14 til 30.06.14. Beboerne som hadde plass på denne avdelingen ble flyttet til andre avdelinger på Fevikun. Ved dødsfall på avdelingen i perioden ble plasser ikke tildelt nye beboere her.

Reduksjon i årsverk ble gjort gjennom at ansatte fikk tilbud om ledige stillinger i andre avdelinger på Fevikun. Et par ansatte som hadde helgestillinger fikk tilbud i andre enheter. Ingen mistet jobben. Prosessen ble gjennomført med støtte fra HR-avdelingen.

3.6 Informasjon til beboere og pårørende

I forkant av at plasser ble lagt ned på Fevikun ble pårørende informert samt at det ble arrangert informasjonsmøter med pårørende.

På Frivolltun var det nødvendig å flytte noen beboere siden langtidsplasser ble konvertert til korttidsplasser. Det ble også her informert i forkant.

3.7 Informasjon til innbyggerne

Underveis i omstillingsprosessen har ansatte, sektorleder og prosjektleder med jevne mellomrom hatt innlegg i Grimstad Adressetidende for å informere innbyggerne om ny strategi for tjenestene, samt gode eksempler fra brukere. Det var ønskelig å informere innbyggerne om at kommunen er i gang med å forberede seg for å kunne håndtere fremtidige utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene på en best mulig måte for innbyggerne. Behovet for tjenester spesielt fra 2019-2020 vil øke betraktelig og den nye strategien som bygger på selvstendighet og mestring vil bidra til å begrense veksten i helse og omsorgstjenestene.

Det har også vært viktig for kommunen å avklare forventninger. Det viser seg at forventningene til tjenestene ofte går langt utover det kommunen har plikt til å gi av tjenester. Forventningsavklaring er viktig bl.a. for å legge til rette for et godt samarbeid.

3.8 Samarbeid med brukere og pårørende

Planlegging av tjenester gjøres i samarbeid med brukere og pårørende. Retten til å medvirke i planlegging av tjenester er forankret i Pasient- og brukerettighetsloven. Dette samarbeidet er viktig for kommunen for å få et godt grunnlag for å utmåle tjenester og ivareta plikten til å gi nødvendig helsehjelp.

Underveis i omstillingen har det vært noen hendelser som ikke har vært ønskelig og der samarbeidet kunne vært bedre. Fra kommunens side har en ikke kunnet forutse presset som til tider har vært i korttidsavdelingene og en har ikke fått formidlet god nok informasjon. Det ble f.eks. tatt i bruk dobbeltrom i korttidsavdelingene og dette var ikke ønskelig. Det planlegges ikke for bruk av dobbeltrom selv om kommunen har full anledning til dette når det gjelder korttidsplasser.

Spesielt i 2014 ble det også benyttet andre steder enn pasientrom til å plassere pasienter på korttidsopphold. Dette var heller ikke gunstig.

Behovet for plasser varierer over tid. Kommunen ønsker å gi forutsigbarhet for pårørende som har store omsorgsoppgaver hjemme, og innvilger derfor avlastningsopphold så pårørende kan planlegge f.eks. ferier. Når dette sammenfaller med stort behov for andre typer korttidsopphold kan det bli en utfordring å finne egnet plass til brukerne.

Ansatte i kommunen opplever et godt samarbeid med brukerne. Erfaring viser at mange ønsker å bo hjemme og være selvstendige i eget liv lengst mulig. Kommunen arbeider for å tilby tjenester som understøtter dette.

Erfaringene knyttet til samarbeid og medvirkning i planleggingen av tjenester fra pårørende er også generelt svært god. Mange pårørende har store omsorgsoppgaver og kommunen har som mål å ha tilbud om tjenester som i perioder kan avlaste pårørende.

4. Resultater

Av de økonomiske resultatkravene i rådmannens budsjettforslag for budsjett 2014 ble pleiefaktor reversert, ellers ble de andre punktene vedtatt i budsjett- og handlingsprogram 2014-2017.

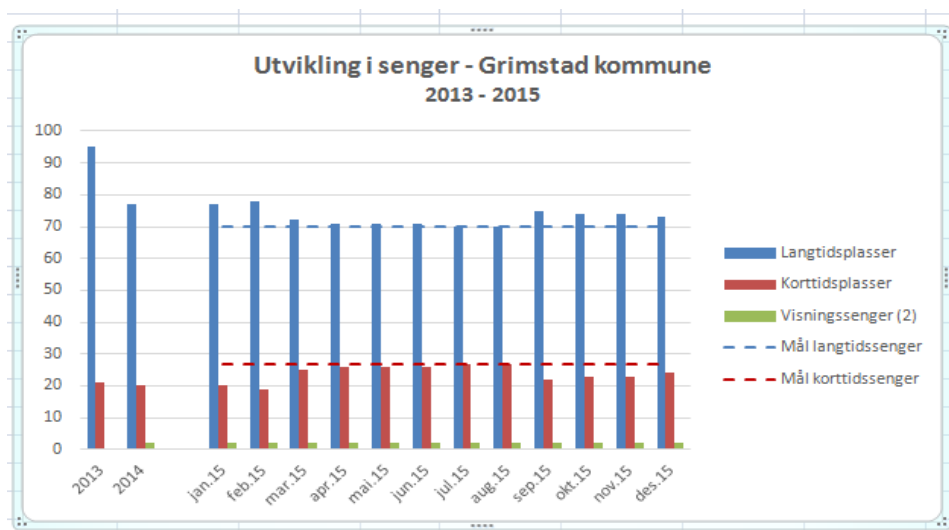
4.1 Langtids- og korttidsplasser

Målet om 70 langtidsplasser og 27 korttidsplasser ble nådd i løpet av mars 2015. I utgangspunktet var målet å nå dette i løpet av 2014, men underveis ble det klart at det var nødvendig med noe lengre tid. Fra mars til september 2015 holdt antall langtidsvedtak seg mellom 69 og 72, altså på det nivået som var målet for omstillingen.

Fra september 2015 og ut året ble det behov for flere langtidsplasser. Det er to hovedårsaker til dette:

- Beboerne på Bølgen (3 beboere) var holdt utenfor omstillingsprosessen så langt, men ble nå faset inn i de ordinære langtidsplassene
- 5 personer med behov for langtidsplass flyttet til kommunen (ingen flyttet ut)

Per 31.12.15 var det 73 personer på langtidsvedtak, slik det fremgår av figuren under.



Figur 2, utvikling langtids- og korttidsplasser

Figuren over viser oversikt over utviklingen i antall langtids- og korttidsplasser i omstillingsperioden. Så å si alle som har fått langtidsvedtak har fått opphold i korttidsavdeling i påvente av langtidsplass. Sommer- og høst 2014 var det 5 personer som ventet hjemme fra 3 uker til 12 uker. Disse personene fikk nødvendig helsehjelp hjemme med fastvakt fra hjemmebaserte tjenester. Etter november 2014 er det kun en person som har ventet en periode på noen uker hjemme, etter avtale med pårørende.

I perioden oktober 2014 til desember 2015 har kommunen fått fire klager på avslag på langtidsplass. Klageene er sendt til Fylkesmannen. Tre av klageene er ferdigbehandlet og kommunen har fått medhold i alle tre sakene. En sak er fortsatt under behandling.

I hele omstillingsperioden har de 27 korttidsplassene i praksis vært opprettholdt. I 2014 var det i perioder behov for å benytte dobbeltrom for korttidsplasser. Det ble i noen grad også benyttet i slutten av 2015. Også ledige rom på Granitten på Fevikun tas i bruk i perioder med behov for flere plasser. Det er viktig å opprettholde 27 korttidsplasser for å ha fleksibilitet i tjenestene og opprettholde tilbudet til hjemmeboende.

Det har vært en blanding av personer med ulike behov i korttidsavdelingene. Det er ønskelig spesielt å rendyrke avlastningsopphold for personer med demenssykdom.

Samlet sett ser det ut til at 70 langtidsplasser og 27 korttidsplasser er riktig dimensjonert i forhold til behov nå. Ledige rom pga midlertidig nedleggelse gir nødvendig fleksibilitet til å opprettholde antall korttidsplasser i perioder med økt press på langtidsplasser. Slike perioder vil komme, men det kan også være perioder med behov for færre langtidsplasser enn 70.

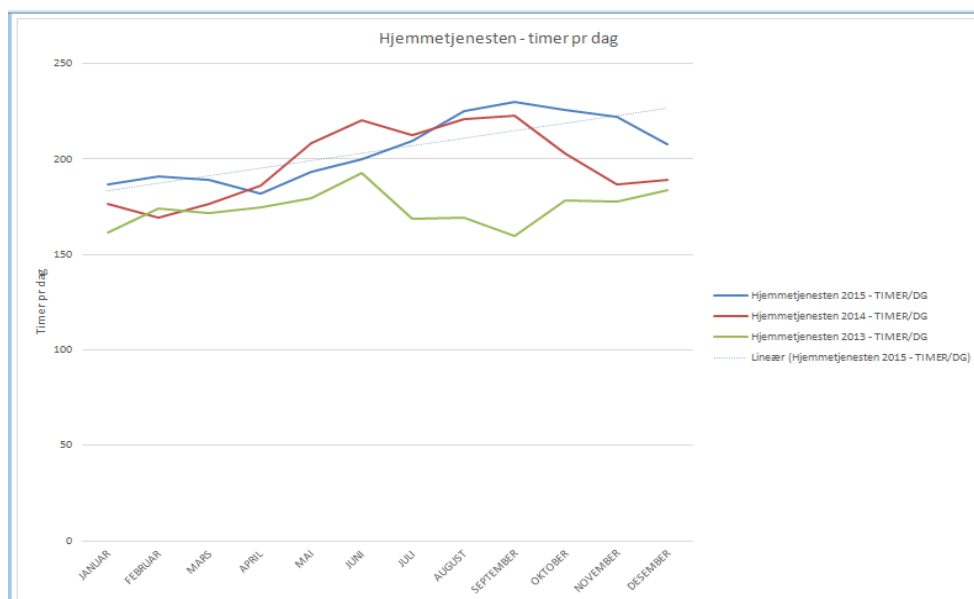
4.2 Hjemmetjenesten

Stenging av plasser i sykehjem fikk raskt konsekvenser for tildeling av timer i hjemmetjenesten. Spesielt fra april til november 2014 var det en stor økning i vedtakstimer i hjemmetjenesten. Det var ikke nok langtidsplasser i perioden så 4-5 brukere måtte i perioden ha fastvakt i egen hjem, noe som dro opp vedtakstimerne hjemmetjenesten måtte levere. Fastvakt ble gitt fra 5 uker til 12 uker for de brukerne det gjaldt, før de fikk langtidsplass. Etter november 2014 har det ikke vært nødvendig med fastvakt i eget hjem i påvente av langtidsplass.

Også i 2015 har det vært vekst i vedtakstimer om nødvendig helsehjelp hjemmetjenesten. Veksten i leverte timer per dag fra 2013 til 2014 var på 23 timer i gjennomsnitt. Fra 2014 til 2015 var veksten 8 timer i gjennomsnitt per dag. Reduksjon i veksten fra 2014 til 2015 kan etter all sannsynligvis i stor grad tilskrives effekten av hverdagsrehabiliteringen.

Samlet sett har hjemmetjenesten fra 2013 til 2014 hatt stor aktivitetsøkning basert på vedtak om tjenester (nødvendig helsehjelp) hjemlet i Helse og omsorgstjenesteloven. Dette er en villet utvikling fra kommunens side og i tråd med innføring av ny strategi slik Devold anbefalte. Kommunen har flyttet en større del av tjenesteleveransene fra toppen av omsorgstrappa til hjemmetjenesten. Dette er en mer kostnadseffektiv måte å gi tjenester på.

Figuren under viser utvikling i antall leverte timer per dag i hjemmetjenesten.

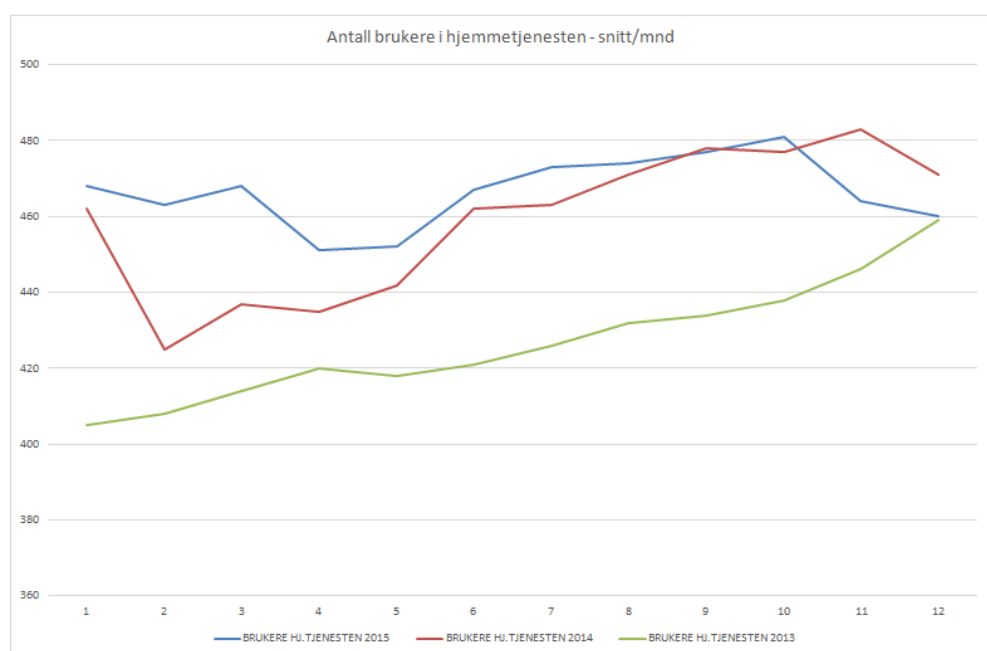


Figur 3, tildelte vedtakstimer i hjemmetjenesten

Figuren over viser tildelte timer per dag basert på vedtak om nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten fra 2013 til 2015. I 2014 når sykehjemsplasser ble lagt ned ses en høy aktivitet i hjemmetjenesten. Aktiviteten gikk ned på slutten av året og holdt seg relativt stabilt til mai-juni i 2015. Aktiviteten gikk opp gjennom sommeren for å gå ned igjen mot slutten av året. Aktiviteten i hjemmetjenesten henger også sammen med at sykehuset skriver ut pasienter tidligere og hjemmetjenesten må gi mer omfattende tjenester når pasienten kommer hjem. Det vil komme stor vekst i hjemmetjenesten, spesielt fra 2019 i følge den demografiske utviklingen.

Gjennom hele omstillingen er det fulgt med på antall hjemmeboende pasienter med tjenestebehov på samme nivå som beboere i omsorgsbolig eller sykehjem. Dette er 8 personer og har vært uendret fra før omstillingen og gjennom hele omstillingsperioden.

Tabellen under viser utviklingen i antall nye brukere i hjemmetjenesten fra 2013-2015.



Figur 4, utvikling i antall brukere i hjemmetjenesten fra 2013-2015

- I 2013 ble det levert hjemmetjenester til gjennomsnittlig 427 brukere per mnd
- I 2014 var tallet 457
- I 2015 var det 469

Devolds analyse antydte en vekst på gjennomsnittlig 20 brukere per år frem til 2019-2020, men at ny strategi kunne redusere veksten med 1/3. Dette blir spennende å følge videre.

4.3 Hverdagsrehabilitering

110 brukere var gjennom opplegg med hverdagsrehabilitering i 2015. 57 ble henvist fra Bestillerenheten/hjemmetjenesten men 53 brukere var nye brukere (0-brukere) som ikke hadde tjenester fra før.

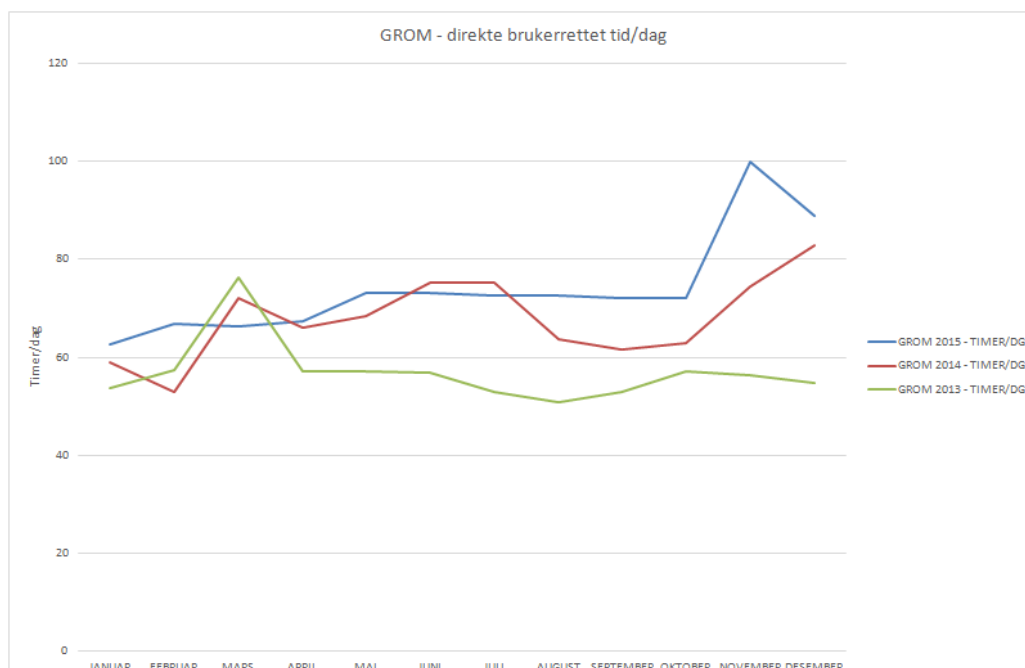
Resultatet ble reduksjon i behov for ordinære hjemmetjenester på 3 timer per bruker per uke. Det var regnet ut en effekt på bakgrunn av at 100 brukere skulle gjennomføre hverdagsrehabilitering og at 50 av disse fikk helårseffekt i 2015. Det ble regnet ut en effekt på reduksjon i behov for tjenester på 2 timer per bruker per uke. Effekten ble altså større enn antatt i 2015. I tillegg ble det regnet ut en effekt for de brukerne i 2014 som fikk helårseffekt i 2015.

Utrekning av effekt må gjennomgås. Når det gjelder de 53 brukerne som ikke hadde tjenester fra før tilskrives hele reduksjonen i behov for tjenester effekten av hverdagsrehabilitering. En del av disse brukerne ville nok uansett klart å redusere behovet for tjenester noe, selv uten hverdagsrehabilitering. Dette har vi imidlertid ikke metode for å regne ut enda, men kommunen er i kontakt med bl.a. Kommunenes Sentralforbund (KS) og Kunnskapsforlaget om dette. Disse instansene har et samarbeid om å finne en god metode for å regne ut effekt av hverdagsrehabilitering.

4.4 Heldøgns omsorgsboliger

Omstillingen viser en større økning i vedtakstimer i omsorgsboligene. Dette er en konsekvens av færre sykehjemsplasser og at pasienter skrives tidligere ut fra sykehus. Kommunen har hatt (og har fortsatt) noen beboere med lite behov for tjenester, og som i dag ikke ville fått tildelt omsorgsbolig. Flere beboere i omsorgsboligene har behov for tjenester tett opp mot sykehjemsplass. Dette antallet har holdt seg på samme nivå fra før omstillingen og gjennom hele prosessen. Det varierer fra 6-8 personer.

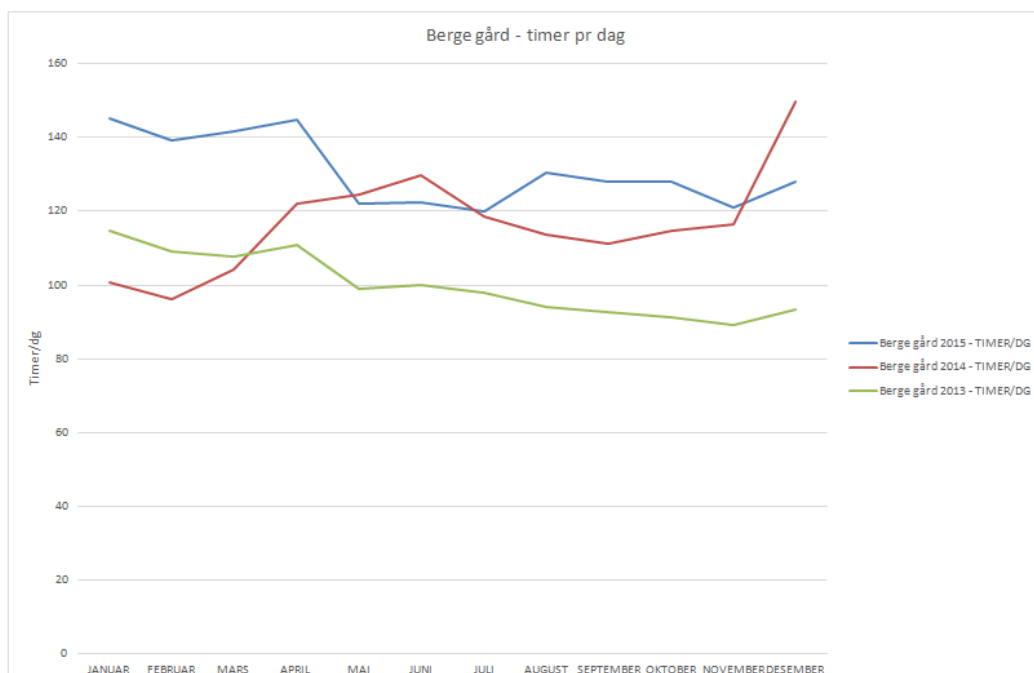
Figuren under viser oversikt over leverte vedtakstimer per dag for Grom (Grimstad omsorgsboliger på Frivolltun) fra 2013 til 2015.



Figur 5, utvikling i vedtakstimer på Grom

Figuren viser hvor mange vedtakstimer (basert på retten til nødvendig helsehjelp) som er levert per dag. Mot slutten av 2015 ses en markant økning. Dette er noe av omsorgsboligenes karakter. Beboerne er svært syke og i perioder kan det være behov for økte tjenester. Det kan være i forbindelse med en terminal fase og bruker selv eller pårørende ønsker at bruker skal dø hjemme i omsorgsboligen.

Figuren under viser utviklingen i leverte vedtakstimer per dag på Berge gård fra 2013 til 2015.



Figur 6, utvikling i vedtakstimer på Berge gård

Figuren viser hvor mange vedtakstimer (basert på retten til nødvendig helsehjelp) som er levert per dag. Mot slutten av 2014 og starten av 2015 vises høy aktivitet. Dette er igjen knyttet til omsorgsboligenes karakter. Beboere med svært komplisert og sammensatt helsetilstand og som i perioder kan ha behov for økte tjenester. Det kan være i forbindelse med en terminal fase og bruker selv eller pårørende ønsker at bruker skal dø hjemme i omsorgsboligen.

4.5 Økonomi

De økonomiske resultatkrav til omsorgsenhetene i Budsjett- og handlingsprogram 2014, nevnt tidligere i rapporten, ble alle gjennomført unntatt reduksjon i pleiefaktor.

Nedtrekk for Berge gård fikk helårseffekt i 2015 og enheten fikk ytterligere redusert budsjettet med 0,5 mill.

Nedleggelse av 7 plasser på Fevikun fikk også helårseffekt og enheten fikk ytterligere redusert budsjettet med 1,6 mill. i 2015. Dette var netto reduksjon og tap av inntekter for de 7 nedlagte plassene var regnet med i denne summen.

Hjemmetjenesten fikk redusert sitt budsjett med 2 mill. i 2014 knyttet til effekten av hverdagsrehabilitering 2014. Det tok lengre tid enn forventet før innsatsteamet og hverdagsrehabiliteringen ble iverksatt i 2014 slik at hjemmetjenesten fikk tilbakeført 1 mill. i budsjett for 2015. Effekten i 2014 ble altså lavere enn først antatt fordi en kom senere i gang enn planlagt. Nytt nedtrekk for hjemmetjenesten i budsjett 2015 knyttet til effekt av hverdagsrehabilitering i 2015 var 3,5 mill.

4.6 Andre områder det ble fulgt med på

Det var som tidligere nevnt valgt ut noen indikatorer som skulle følges med på i omstillingsprosessen.

Hver måned skrives det ut fra sykehuset 40-45 pasienter med behov for tjenester fra kommunen. 50-70 % av disse reiser hjem, de resterende går stort sett til korttidsavdelingene. Det er noen pasienter som går tilbake til langtids plass i sykehjem, men det er ikke hver måned det er innleggelse i sykehus fra langtids plasser. Det hender det skjer dødsfall på sykehuset. I løpet av året har det vært 3 pasienter som har hatt rehabiliteringsopphold utenfor kommunen.

Kommunen tar stort sett i mot alle utskrivningsklare pasienter. Det er kun kjøpt 7 døgn på sykehuset i 2015.

Antall dødsfall i langtidsavdelingene i sykehjemmene er relativt stabilt fra år til år:

- 2013 – 34 dødsfall
- 2014 – 29 dødsfall
- 2015 – 33 dødsfall

Dette er i tråd med det en generelt ser i sykehjem. Beboere har en sykehjems plass i ca 6 mnd. (Grimstad har 70 plasser)

5. Konklusjon

Kommunen har klart å dreie tjenesteleveransene til et lavere nivå i omsorgstrappa og bygge opp under at brukere kan bo hjemme lenger. En større andel av tjenestene gis i dag til hjemmeboende, enn før omstillingen startet. Dette er naturlig siden det er langt færre institusjonsplasser enn før omstillingen. Den fremtidige veksten skal i stor grad skje i de hjemmebaserte tjenestene. Dette legges det opp til fra nasjonale myndigheter og det er bærekraftig i forhold til økonomi og tilgang på personalressurser. Spesielt fra 2020 vil det bli en stor økning i brukere av helse og omsorgstjenestene. Det er svært viktig at kommunen er godt rigget i de hjemmebaserte tjenestene for å kunne håndtere disse utfordringene. Videre utvikling av hverdagsrehabilitering, tilbud innen velferdsteknologi, tilbud om avlastning til pårørende og aktivitetsplasser (dag, kveld og helg) vil bidra til gode forberedelser. Vekst vil komme og det er viktig å være forberedt.

Det er få brukere/pårørende som søker om langtidsplass i institusjon, som ikke får dette. Det er også brukere som på bakgrunn av vurderinger i de kommunale tjenestene, får tilbud om langtidsplass uten å ha søkt om dette, men som heller ønsker å være hjemme. Eller at pårørende ønsker at de skal være hjemme. Antall langtidsplasser på 70 ser ut til å være et riktig nivå, men noe variasjon vil en antagelig se. Siden det er noen ledige rom på Fevikun og på Bølgen på Frivolltun har en mulighet for å utvide kapasiteten på langtidsplasser i perioder og likevel opprettholde 27 korttidsplasser. Det er avgjørende å opprettholde antall korttidsplasser for å beholde fleksibiliteten og ha mulighet for å ta inn brukere på svært kort varsel.

Veksten i vedtakstimer i omsorgsboligene og i hjemmetjenesten ble større enn antatt. I tillegg til at tjenestene ble dreiet mot hjemmebasert omsorg ved at langtidsplasser ble redusert, er det også en konsekvens av Samhandlingsreformen at en ser en vekst i de hjemmebaserte tjenestene. Brukere skrives tidligere ut fra sykehus og har mer komplekse helsetilstander når de sendes hjem. I tillegg har det skjedd en overføring av oppgaver fra sykehuset til kommunen.

6. Forhold som ble avdekket i omstillingsprosessen

Underveis i omstillingsprosessen var det noen forhold som ble avdekket, men som ikke var en del av omstillingen. Disse forholdene er en viktig del av driften i helse- og omsorgstjenestene og det er derfor naturlig å nevne disse. Sektorleder vil følge opp dette.

6.1 Ressursstyringsmodellen

I 2012 ble det innført ressursstyringsmodell for hjemmetjenesten og omsorgsboligene. Modellen tar utgangspunkt i vedtakstimer om nødvendig helsehjelp og gir et påslag på tid til oppgaver som er mer indirekte brukerrettet arbeid (kjøring, dokumentasjon, samarbeid med pårørende, samarbeid med fastlege, sykehus og annet helsepersonell, osv.).

Det viset seg også at det var en del lovpålagte oppdrag som ble utført i hjemmetjenesten, men som ikke ligger i vedtakstiden. Dette er f.eks. tid til respons på trygghetsalarmer.

Det samme gjelder for omsorgsboligene. Omsorgsboligenes karakter er slik at ansatte hukes tak i når de går forbi brukere og mange brukere vandrer mye omkring og må hentes tilbake til avdelingene (personer med demenssykdom). I tillegg er det også her stadig flere trygghetsalarmer som krever respons. Modellen tar heller ikke høyde for at det i omsorgsboligene ofte er personer som trenger mer tjenester i kortere perioder. Mange av beboerne er svært syke og det skjer hyppig forverring i helsetilstanden i noen dager. Det fattes ikke nye vedtak når dette har kortere varighet og enheten får ikke kompensert tid til disse oppgavene. Dette betyr at ansatte i omsorgsboligene må utføre flere oppgaver som ikke ligger i vedtakstiden. Det har vært flere måneder i 2015 med over 200 timer merarbeid som enhetene i utgangspunktet ikke har ressurser til (Berge gård og Grom/Frivolltun).

Modellen gir enhetene kompensasjon for vekst i vedtakstimer knyttet til nødvendig helsehjelp, etterskuddsvis. Dette gjør at enhetene må leie inn vikarer over langt tid ved økning i vedtakstimer. Det meldes behov for personalressurser knyttet til vekst i vedtakstimene i tertialrapporter, og det gjøres vedtak om hvor mye ressurser enhetene kan ansette fast når disse behandles politisk.

Dette er utfordrende av flere grunner. Det er vanskelig med kontinuitet i kompetanse, ansatte som har gått som vikarer kan kreve fast stilling og fordi det er kostbart med innleie.

På bakgrunn av dette anbefales det en gjennomgang av ressursstyringsmodellen både for hjemmetjenesten og omsorgsboligene.

6.2 Avlastning hjemmetjenesten

I omstillingen ble det avdekket at avlastningsvedtak til hjemmeboende ikke ligger i vedtaksstatistikken som danner grunnlag for hvor mange årsverk hjemmetjenesten skal ha i budsjettet. Avlastningsoppdragene utgjør rundt to årsverk på årsbasis. Hjemmetjenesten har i dag ikke fått personalressurser til disse oppdragene.

6.3 Behov for gjennomgang av hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten hadde et økonomisk resultat for 2015 med et merforbruk på 6,4 mill. kroner.

Veksten i årene fremover kommer primært i de hjemmebaserte tjenestene (omsorgsboligene og hjemmetjenesten). I tillegg til det som er nevnt tidligere mht. ressursstyringsmodellen og avlastningsoppdrag det ikke er gitt personellressurser til, har heller ikke hjemmetjenesten økonomiske midler til merkantil støtte. Dette er en stor enhet med over 80 årsverk og ledertettheten er lav. Bl.a. på bakgrunn av dette var det ønskelig med en gjennomgang av hjemmetjenesten med tanke på arbeidsmåter, håndtering av logistikkutfordringer, o.l. Det ble derfor lagt inn midler i budsjett 2016 til en prosess med tjenestedesign, og dette gjennomføres i første tertial 2016.

6.4 Aktiviteter på dagtid og kveldstid

Omstillingen har avdekket et økende behov for aktivitetstilbud både på dag- og kveldstid. Fra 2012 har det vært mulighet for å søke tilskudd til å opprette dagtilbud til personer med demenssykdom, og både Frivolltun, Fevikun og Berge gård har benyttet seg av dette. I tillegg har kommunen søkt midler til samarbeid om aktivitetsplasser i regi av Instituttet Øygarden. Det vil være behov for å utvikle dette arbeidet ytterligere i årene som kommer, ikke minst for å sikre driften i disse tilbudene. Statlige myndigheter har signalisert gjennom Meld. St. 26 (2014-2015) primærhelsemeldingen at det vil bli lovpålagt med dagaktivitetsplasser fra 2020. Sektoren vil derfor prioritere dette arbeidet fremover.

6.5 Nattjenesten

Omstillingen har vist at det er store økonomiske utfordringer i nattjenesten både til hjemmeboende i private hjem, til beboere i omsorgsboligene og til beboerne på sykehjem. Det er også høyt sykefravær i nattjenestene. Ved sykdom kan en ikke benytte seg av andre på jobb, f.eks. lærlinger slik en kan i de hjemmebaserte tjenestene på dagtid. En må alltid leie inn fordi det i utgangspunktet er få personer å spille på. Det gjøres nå en gjennomgang av budsjettet sammen med økonomisjefen, for nattjenesten til hjemmeboende og på Berge gård, for å kvalitetssikre økonomiske midler i budsjettet. Sektoren skal også gjøre et arbeid der en ser de ulike nattjenestene i sammenheng, samt hvordan en kan benytte nattilsyn med teknologistøtte på en effektiv måte.

7. Litteraturliste

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#)

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#)

[Devoldrapporten 2012, Drifts-og ressursanalyse for pleie og omsorgssektoren 2012](#)

[Rapport fra Deloitte 2013, Prosjekt «Analyse av avvik mellom budsjett og resultat for Helse- og sosialsektoren i perioden 2009-2012»](#)

[Budsjett 2014 og Handlingsprogram 2014-2017](#)

[Prosjektbeskrivelse omstillingen 2014-2015](#)

[Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2026](#)

[Meld. St. 26 \(2014-2015\) Primærhelsemeldingen - nærhet og helhet](#)

**Sluttrapport for omstilling i
pleie- og omsorgstjenestene 2014-2015
Fra passiv hjelp til aktiv mestring**

Grimstad kommune 2016