



Nordre Land  
kommune

# Utviklingsplan 2015 – 2019

## Enhet Omsorg og Rehabilitering

Sammen om morgendagens omsorg!

UTVIKLING  
RESPEKT  
OMSORG  
SAMSPILL  
INNOVATIV  
FORUTSIGBAR  
APEN OFFENSIV ANSVARLIG  
MESTRING  
NYSKAPENDE  
HELSEPERSONELL  
SAMARBEID  
TRYGGHET  
VERDIGHET  
NORRELANDKOMMUNE



# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1	Mål og visjon.....	6
1.2	Plan for måloppnåelse.....	7
<b>2</b>	<b>DEMOGRAFISK UTVIKLING I NORDRE LAND.....</b>	<b>10</b>
2.1	Andel arbeidsaktive kontra innbyggere over 67 år.....	11
<b>3</b>	<b>REKRUTTERING .....</b>	<b>13</b>
3.1	Bemanningsnorm.....	13
3.2	Sammensetning av yrkesgrupper.....	14
3.3	Vikarpool.....	15
3.4	Heltid – deltid.....	15
3.5	Annonsering.....	16
<b>4</b>	<b>KOMPETANSE OG FREMTIDIGE UTFORDRINGER. ....</b>	<b>17</b>
4.1	Personell og kompetanse.....	17
4.2	Rett kompetanse.....	17
4.3	Regionalt samarbeid.....	18
4.4	Risiko og sårbarhetsanalyser.....	18
4.5	Gerica – dokumentasjon i elektronisk pasientjournal.....	18
4.6	Økt bruk av IKT for kompetanseheving.....	19
<b>5</b>	<b>SAMHANDLING OG STYRKING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE.....</b>	<b>20</b>
5.1	Tverrfaglighet.....	20
5.2	Teamarbeid med bruker/pasient.....	20
5.3	Boveileder – et samlende ledd?.....	21
5.4	Rus og psykisk helse.....	22
5.5	Mulige forbedringsområder innen tverrfaglighet og samarbeid.....	22
<b>6</b>	<b>ULIKE BOFORMER.....</b>	<b>23</b>
6.1	Institusjon og hjemmetjeneste.....	23
6.2	Boligløsninger.....	24
6.3	Fremtidige løsninger.....	24
<b>7</b>	<b>VELFERDSTEKNOLOGI.....</b>	<b>25</b>
7.1	Hvorfor velferdsteknologi?.....	25
7.2	Velferdsteknologi – økonomiske, etiske og lovmessige utfordringer.....	26
7.3	Hvilke velferdsteknologiske løsninger har enheten tatt i bruk?.....	26
7.4	Hva ønsker Omsorg og Rehabilitering å satse videre på i årene som kommer?.....	28
<b>8</b>	<b>SYKEFRAVÆR – NÆRVÆRSPOLITIKK.....</b>	<b>29</b>
8.1	Hva er årsaken til at folk er på jobb og trives på jobb?.....	29
8.2	Hvordan ha en mer forutsigbar arbeidsgiverpolitikk?.....	30
<b>9</b>	<b>ØKONOMI .....</b>	<b>31</b>
9.1	Økonomisk målsetting.....	31
9.1.1	Satse på teknologi som erstatning, ikke som supplement.....	31
9.1.2	Ekstern / intern gjennomgang av tildelingskontoret.....	31
9.1.3	Langsiktige planer for rekruttering / beholde.....	32
9.1.4	Forholde seg til pleiefaktor og vedtakstid.....	32
9.1.5	Forankre økonomisk tankegang i hele enheten.....	32
9.1.6	Gjennomføre vedtak om multidoser.....	32
9.1.7	Se på større omorganiseringer internt.....	33
<b>10</b>	<b>OMSTILLINGER / STØRRE PROSESSER.....</b>	<b>33</b>
10.1	Sammenslåing av hjemmetjenestene.....	33
10.1.1	Fordeler ved sammenslåing av hjemmetjenestene.....	33
10.1.2	Ulemper ved en sammenslåing.....	35
<b>11</b>	<b>DEN ENKELTE AVDELING 2015 – 2019 .....</b>	<b>36</b>
11.1	LANDMO OMSORG OG REHABILITERINGSSENTER:.....	36

11.1.1	Avdeling 1, 2 og 3, langtidsavdelinger.....	36
11.1.2	Rehabiliteringsavdelingen: .....	38
11.1.3	Soltun.....	40
11.2	HJEMMETJENESTENE .....	42
11.2.1	Felles utviklingstiltak for planperioden. ....	42
11.2.2	Hjemmetjenesten Dokka .....	43
11.2.3	Hjemmetjenesten Torpa .....	45
11.3	KJØKKEN OG VASKERI.....	47
11.3.1	Kjøkken.....	47
11.3.2	Vaskeri.....	48
<b>12</b>	<b>OPPSUMMERING AV TILTAK (TILTAKSPLAN).....</b>	<b>49</b>
<b>13</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>52</b>
<b>14</b>	<b>BAKGRUNNSLITTERATUR.....</b>	<b>53</b>

### Tabelliste:

Tabell 1: Prognose - befolkningsutvikling i Nordre Land (SSB). ....	10
Tabell 2: Endringer 2014 – 2018 og 2014 – 2022 (SSB). ....	11
Tabell 3: Forholdstall; andel arbeidsaktive i forhold til andel over 67 år. ....	11
Tabell 4: Sykdomsgrupper.....	11
Tabell 6: Andel heltid / deltid i kommunen.....	16
Tabell 7: Andel ønsket stillingsstørrelse.....	16

### Figurliste:

Figur 1: Befolkningsutvikling og – framskriving etter 3 aldersgrupper i Nordre Land.....	10
Figur 2: Sammenligning: Nordre Land, Søndre Land, Oppland og hele landet i antall fordelt ut fra sykdomsgrupper. ....	11
Figur 3: Utvikling av andel uføretrygdede i Nordre Land sammenlignet med Opplands gjennomsnitt. ....	12
Figur 4: Grafisk fremstilling av utvikling av uføretrygdede i Nordre Land. ....	12

### Begrepsavklaring:

Bruker – pasient begrepet, det ene utelater ikke det andre, og betyr tjenestemottaker.

NOTUS hjelper – hjelper til med vaktinnleie og registreringer i Visma ressursstyring (turnusprogram)

GERICA – elektronisk pasient journalsystem

Vedtaks tid – tid som er bundet opp i vedtak (planlagt aktivitet) og hvor mye direkte tjenester kommunen leverer.

### Forkortelser som brukes:

OR	– Enhet Omsorg og Rehabilitering	LOR	– Landmo omsorg og rehabiliteringssenter
EPJ	– elektronisk pasientjournal (Gericca)	KAD	– Kommunal Akutt Døgnplass
IA	– Inkluderende Arbeidsliv	LAR	– Legemiddelassistert rehabilitering
IPLOS	– Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk	IP	– Individuell Plan
ROS	– Risiko- og sårbarhetsanalyse		

## 1 INNLEDNING

"Hvor ser du deg selv om 5 år?" er et av de vanligste spørsmål i jobbintervjuer. Spørsmålet stilles for at kandidater skal redegjøre for et fremtidsperspektiv, og vise til at de handler ut fra en langsiktig plan. Kandidaten skal helst forklare at jobbsøknaden ikke er tilfeldig, men en del av en større plan hvor egen utvikling og interesse er sentrale momenter.

Utviklingsplan 2015 – 2019 er Enhet Omsorg og Rehabilitering sitt svar på hvor er enheten om 5 år? Svaret på spørsmålet er langt mer komplekst enn et jobbintervju, men strukturen skal være den samme. Enheten skal besvare spørsmål som hva jobbes det etter? Hvilke mål skal resultatene måles etter? Hva er fremtidsperspektivet / utfordringene? Enheten skal i planen beskrive at målene det jobbes etter ikke er tilfeldige, men deler av en større plan.

NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg skriver: *"De fleste forsøk på å fremskrive utviklingen gjennom videre utbygging av dagens system med samme veksttakt som vi har hatt de seinere år, ender i en umulig situasjon"*. En slik framtidsutsikt er dyster hvis enheten ikke forbereder for fremtiden. På det store spørsmålet om hva som gjør utviklingen umulig? Er det mange svar. Enheten har plukket ut og vil utdype demografi, rekruttering, velferdsteknologi, økonomi og kompetanse spesielt. De finnes selvsagt flere svar på et slikt spørsmål, men avgrensninger er gjort. Skulle alle muligheter blitt utdypet i like stor grad ville ikke planen blitt ferdigstilt, men vokst seg utdatert i en skrivebordsskuff. Enheten ønsker at planen skal skape interesse om omsorgstematikk i tillegg til en debatt om de forslag som foreslås. Spesielt vil en debatt rundt tematikk og forslag bli verdsatt. Fremdrift skapes ikke gjennom vedtak som gjøres, men gjennom utveksling av erfaringer og synspunkter som leder opp til et vedtak. To mennesker som er enige vil mene at alt gjøres på en god måte, to mennesker som er uenige vil debattere seg frem til en enda bedre løsning. Utfordringene i omsorgssektoren er for store til at en ledergruppe skal komme frem med svarene. Som den samme NOU skriver: *"Omsorgstjenestene utgjør 1/3 av den kommunale virksomhet. Det som skjer i omsorgssektoren er derfor avgjørende for hele kommunen"*.

En samlet ledergruppe i Enhet Omsorg og Rehabilitering har lagt frem visjon, mål og strategi for arbeidet 2015 – 2019, så vil det være opp til kommunen som helhet og være med i den videre debatten om hvordan utviklingen skal gå fra umulig til mulig.

Ledergruppen i Omsorg og Rehabilitering håper å ha kommet med et grunnlag for hvordan enheten skal utvikle seg. Det er den første utviklingsplanen som er skrevet, og den er derfor ikke perfekt i noe henseende, men skal være en del av grunnmuren for det videre arbeidet. Den vil bli revidert årlig etter et mål om at god kan bli bedre og bedre kan bli best.

*«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen,  
men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.»  
Kåre Hagen, Meld. St. 29*

## 1.1 Mål og visjon.

Nordre Land kommune baserer seg på et verdivalg som skal være grunnlaget for samhandling, kommunikasjon, utvikling og styring i organisasjonen. Verdiene *åpen, offensiv og ansvarlig* skal være normgivende der enheten ønsker å skape helsefremmende arbeidsplasser hvor man kan påvirke egen arbeidssituasjon, gjøre hverandre gode og være bevisste på hvordan man virker på hverandre.

Et japansk ordtak sier at:

*«En visjon uten handling er en dagdrøm, men handling uten visjon er et mareritt.»*

Enhetens visjon er mer enn bare en dagdrøm, den skal omfatte evnen til å avdekke de felles bildene av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og deltakelse. Enheten må finne løsninger på hvordan fremtidige brukere kan få morgendagens omsorgstjenester like gode som i dag, men på en annen måte, og i tråd med kommunens verdier og målsettinger mot å stå:



Med denne visjonen ønsker enheten å fremstå som en lærende organisasjon hvor det utvikles, forvaltes og tas i bruk menneskelige ressurser slik at man samlet sett blir i stand til å mestre fremtidige oppgaver og etablere ny praksis når det er nødvendig. Innovative løsninger og teknologisk utvikling, samt bruk av LEAN som arbeidsmetode bidrar til at enheten, må endre praksis fremover. Senge (1991) sier at organisasjoner kun lærer gjennom individer, uten det skjer ingen organisatorisk læring. I Omsorg og Rehabilitering skal man fremme personlig vekst, mestring og læring slik at resultater oppnås i felleskap. For å skape morgendagens omsorg sammen blir hver enkelt viktig så helheten blir mer enn summen av delene.

Kommuneplanens mål for områdene omsorg, helse og rehabilitering beskrives slik:

- Tjenestene skal bygge på trygghet, verdighet, respekt, valgfrihet og medbestemmelse.
- Brukerne skal gis garanti for rett tjeneste på rett sted til rett tid.
- God folkehelse
- Brukerne skal innen helse og omsorg/rehabilitering oppleve tjenestene som gode.

Dette er helt i tråd med hva enheten tenker at «Sammen om morgendagens omsorg!» skal bidra til.

For å kunne nå visjonen er det viktig at enheten har konkrete mål å jobbe mot. Visjonen er en drøm og målene viser retning enheten skal jobbe mot for å realisere drømmen. Enheten har satt følgende overordnede mål:

- Utøve gode, faglige og forsvarlige tjenester
- Nærvær 90 %
- Styre innenfor vedtatte økonomiske rammer

## 1.2 Plan for måloppnåelse.

Her presenteres en kort oppsummering av prioriterte områder/tiltak fra kapitlene for hvordan man tenker å oppnå enhetens overordnede mål.

Enhet Omsorg og Rehabilitering ønsker i neste 4 årsperiode:

### Kap. 3: Rekruttering / bemanning

- Innføre norm på minimumsbemanning.
  - 0,8 på Langtidsavdeling
  - 0,9 på spesialavdelinger (Rehabilitering og Soltun)
  - Maksimal vedtakstid på 5,5 timer pr vakt i hjemmetjenestene.
  - Minimum vedtakstid på 4,5 timer pr vakt i hjemmetjenestene.
- 100 % faglært arbeidskraft i alle avdelinger.
  - 50 / 50 fordeling av sykepleiere – hjelpepleiere/fagarbeidere
  - Utvikle stipendordninger for helsefagarbeidere som vil bli sykepleiere
  - Endre helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger ved oppsigelser
  - Endre assistent/pleiemedhjelperstillinger til fagarbeiderstillinger ved oppsigelser
- Vurdere endringer i hjemmelssystemet til et mer "markedsstyrt" system.
- Opprette en vikarpool for enheten.
- Innovative på stillingsutlysninger og bruk av nye plattformer ved rekruttering.

### Kap. 4: Kompetanse og fremtidige utfordringer

- Styre personell og kompetanse
- Sørge for riktig kompetanse
- Gericca – videre satsingsområde
- Risiko- og sårbarhetsanalyser for å forebygge avvik og uønskede hendelser.

#### Økt bruk av IKT for kompetanseheving:

- Trådløst nettverk Landmo, evt. mobilt nettverk
- iPad/nettbrett i avdelingene
- E-læring
- Videokonferanser;
  - kurs og videokonferanser
  - møtevirksomhet
  - tverrfaglighet
  - samarbeid/nettverk
- Avtale om abonnement på Norsk Elektronisk Legehåndbok for alt helsepersonell

### Kap. 5: Samhandling og styrking i helse- og omsorgstjenestene

- Tverrfaglighet
- Teamarbeid med bruker/pasient
- Boveileder – et samlende ledd?
- Rus og psykisk helse
- Mulige forbedringsområder innen tverrfaglighet og samarbeid

### Kap. 6: Ulike boformer

- Et godt utbygd kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud i Nordre Land kommune vil bidra til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelses.

- Med bakgrunn i forventet utvikling i tjenestebehov, og for å sikre en god helse- og omsorgstjeneste, må pasientens behov identifiseres så tidlig som mulig slik at tiltak kan igangsettes raskt.
- Viktige oppgaver for den fremtidige kommunale helse- og omsorgstjenesten kan kort oppsummeres til å omhandle samarbeid, kompetanse, forebygging, egenmestring, behandling, omsorg og rehabilitering.

#### *Satsningsområder:*

- OPS Utbygging av omsorgsboliger
- Fokus på rehabilitering og mestring i eget hjem
- Styrking av hjemmetjenester (på sikt)
- Øke antallet korttidsplasser

#### Kap. 7: Velferdsteknologi

- Fulldigitalisering av trygghetsalarmer innen 2018.
- Fortsette GPS sporing for personer med demens.
- Teste ut nytt varslingsystem i skjermet avdeling.
- Lifecare Mobil Pleie i institusjon?
- Analysere behov og system for fremtiden.
  - 2 ansatte starter på «Innovasjonsskole i kommunalsektoren» med fokus på velferdsteknologi.

#### Kap. 8: Sykefravær – nærværspolitik

- Nærværprosent – 90 %
- Systematisk arbeid med utvikling av ”god nærværskultur»
- Arbeidsgiverpolitikk som et verktøy for å møte fremtidens utfordringer

#### Kap. 9: Økonomi

Hvordan nå økonomiske mål?

- Satse på teknologi som erstatning ikke som supplement.
- Ekstern gjennomgang av tildelingskontoret.
- Langsiktige planer på rekruttering/ beholde
- Forholde seg til pleiefaktor og vedtakstid.
- Forankre økonomisk tankegang i hele enheten.
- Gjennomføre vedtak om Multidose.

#### Kap. 10: Større omstillingsprosesser

- Sammenslåing av hjemmetjenestene

#### Kap. 11: Den enkelte avdeling i Enhet Omsorg og Rehabilitering

*Langtidsavdelingene ved Landmo omsorg og rehabiliteringssenter;*

*Avd. 1, Avd. 2 og Avd. 3:*

- Øke nærværprosenten
- Satsing på økt samarbeid i avdelingene
- Fokus på dokumentasjon
- Se på velferdsteknologi
- Fokus kompetanse



*Rehabiliteringsavdeling:*

- Fokus rehabilitering/korttidsplasser
- Fokus kompetanse
- Dagbehandling
- Trygghetssenger / KAD
- Palliative plasser
- Prøve ut Lifecare Mobil Pleie

*Soltun:*

- Stabilisere nærværprosenten
- Satser på aktiviteter og musikkprosjekt
- Teste ut velferdsteknologi
- Økt sykepleierdekning
- Ny sansehage
- Fullt inn i SAM-AKS prosjektet, SI
- Fokus på kompetanseheving innen demens

*Felles for hjemmetjenestene:*

- Økte ressurser innen kreftsykepleie
  - krefteam
- Økte ressurser innen rus/psykiatri
- Innføring av multidose
- E-lås

*Hjemmetjenesten Dokka:*

- Fokus på faglige og forutsigbare tjenester
- Fokus på trivsel og nærvær
- God arbeidsfordeling
- 50 % andel sykepleiere i personalgruppen

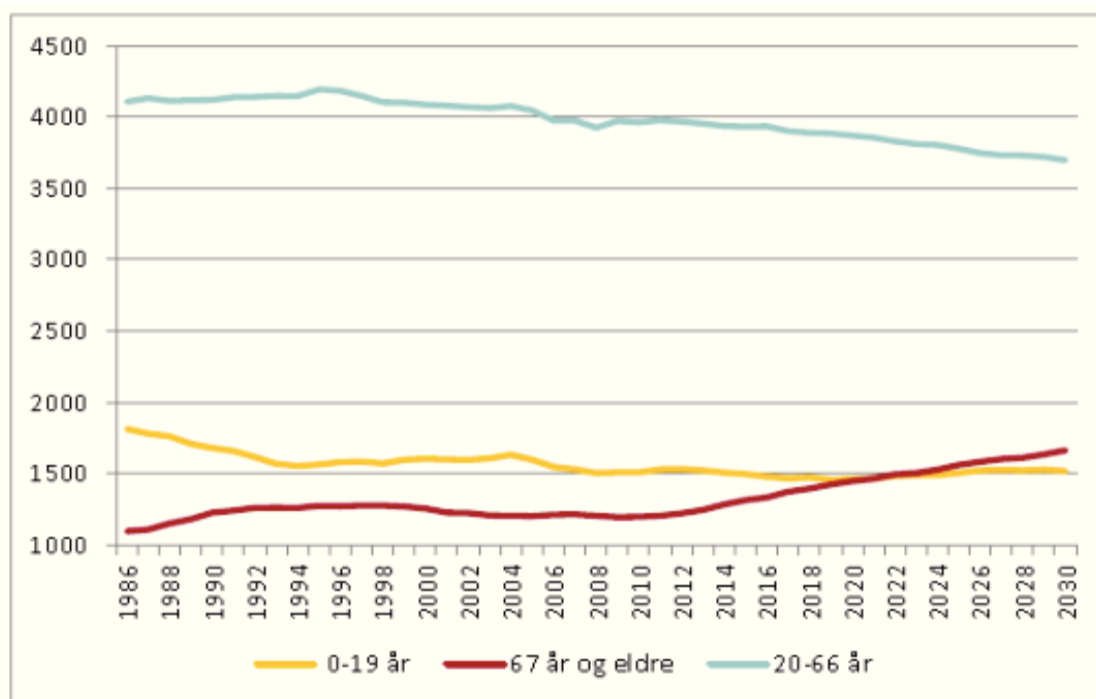
*Hjemmetjenesten Torpa:*

- Fokus på faglige og forutsigbare tjenester
- Fokus på trivsel og nærvær
- Fokus på Geric

«Vi kom ikke hit for å frykte fremtiden.  
Vi kom for å forme den.»  
Barack Obama

## 2 DEMOGRAFISK UTVIKLING I NORDRE LAND.

Det har vært en langvarig og jevn befolkningsvekst i Norge, men selv om antall innbyggere i kommunen holder seg relativt stabilt, synker andelen av Norges befolkning bosatt i Nordre Land. Alderssammensetningen gjør at kommunen er avhengig av tilflytting for å holde innbyggertallet oppe. I følge framskrivinger fra SSB etter middels forutsetninger vil folketallet stige til 6881 innbyggere i 2030. Slike framskrivinger er usikre men de beskriver likevel en trend.



Figur 1: Befolkningsutvikling og – framskriving etter 3 aldersgrupper i Nordre Land.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
0	59	60	60	62	62	64	64	65	66	66	66	68	68
1 - 5 år	348	346	333	328	332	335	340	344	349	353	356	361	363
6 - 12	506	522	520	524	534	535	535	531	531	520	520	521	532
13 - 15	254	224	218	223	229	223	216	223	235	248	247	246	234
16 - 19	356	362	346	335	327	303	309	305	303	304	302	309	328
20 - 66	3936	3931	3934	3900	3888	3883	3870	3856	3829	3810	3804	3777	3747
67 - 79	873	900	916	958	978	990	1023	1024	1048	1052	1063	1083	1086
> 80	413	416	418	417	418	434	426	441	447	453	466	479	498

Tabell 1: Prognose - befolkningsutvikling i Nordre Land (SSB).

Befolkningsframskriving fordelt opp i aldersgrupper her i Nordre Land. Oversikt i neste avsnitt tydeliggjør utviklingen i forhold til dette.

2.1 Andel arbeidsaktive kontra innbyggere over 67 år.

	Endring fra 2014- 2018	Endring fra 2014- 2022
0 - 19 år	- 39	- 39
20 – 66	- 48	- 107
67 - 79	+ 105	+ 175
> 80	+ 5	+ 34

Tabell 2: Endringer 2014 – 2018 og 2014 – 2022 (SSB).

Kommunen har en større andel eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet allerede i dag, og man vil få en betydelig større andel eldre i årene framover. Det skjer ikke så store endringer i denne perioden, men fra 2018 vil andelen eldre over 80 år øke ytterligere og antall arbeidsaktive synker. (Kommunens Planstrategi 2012 – 2016, s. 6)

Når man ser på antall arbeidsaktive i forhold til antall fra 67 år og oppover ser vi at vi har 3,46 arbeidsaktive i forhold. Fra 2022 er dette tallet redusert til 2,85 (utregnet etter ovenstående tabell) arbeidsaktiv pr. innbygger over 67 år. (SSB 2014: Folkemengde 1. januar etter alder)

	16-66 år	67+ år	Forholdstall 2013	Forholdstall 2022
Nordre Land	4330	1250	3,46	
Nordre Land	4161	1459		2,85
<b>Oppland fylke</b>	122627	32042	3,83	

Tabell 3: Forholdstall; andel arbeidsaktive i forhold til andel over 67 år.

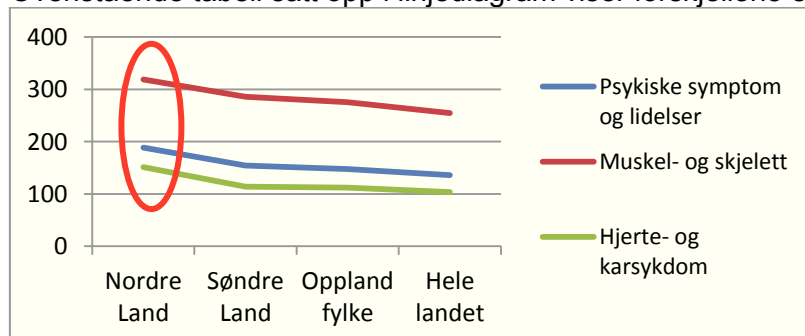
Andelen av Nordre Land kommunes innbyggere som er registrert i nedenfor stående sykdomskategorier avviker forholdsvis mye i forhold til gjennomsnitt landsbasis. Sammenlignbar nabokommune har også langt lavere tall i disse sykdomsgruppene. Dette kan bety at man kan komme til å møte noen fremtidige utfordringer basert på at innbyggerne generelt har høyere sykdomsforekomst og man kan anta at sykefravær påvirkes i så måte. Tallene er hentet ut Kommunehelse statistikkbank: <http://khs.fhi.no/webview/>.

Sykdomsgrupper i primærhelsetjenesten; psykiske symptomer og lidelser, hjerte- og karsykdom, og muskel og skjelett, per 1000 innbyggere, gjennomsnitt 2010-2012.

	Psykiske symptom og lidelser	Muskel- og skjelett	Hjerte- og karsykdom
Nordre Land	188,9	319,0	151,6
Søndre Land	154,4	285,8	114,2
<b>Oppland fylke</b>	<b>147,4</b>	<b>275,8</b>	<b>112,2</b>
<b>Hele landet</b>	135,8	255,0	103,9

Tabell 4: Sykdomsgrupper

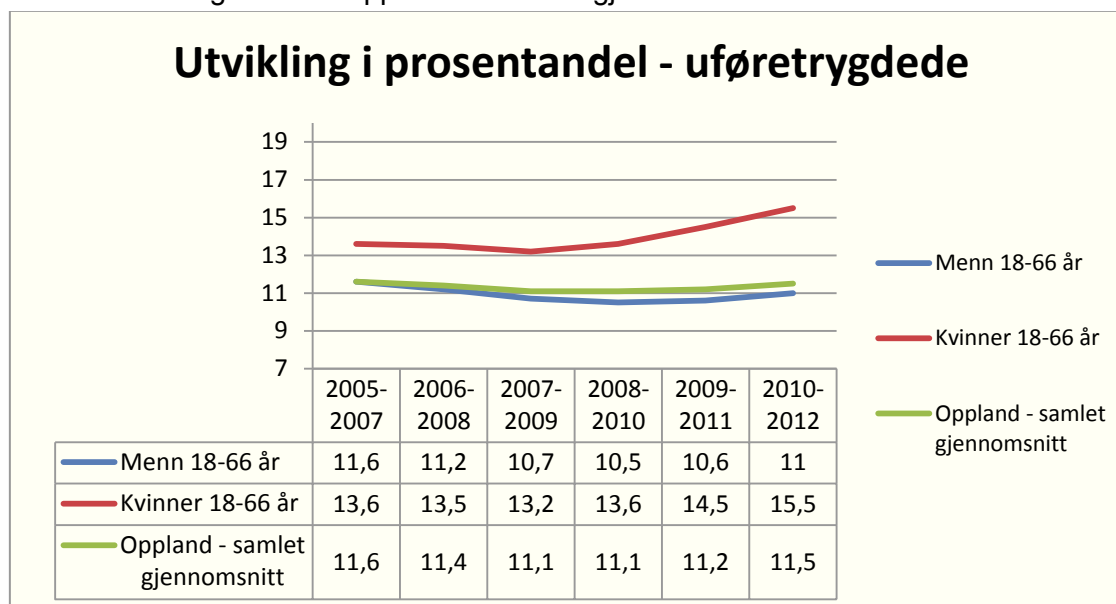
Ovenstående tabell satt opp i linjediagram viser forskjellene enda tydeligere.



Figur 2: Sammenligning: Nordre Land, Søndre Land, Oppland og hele landet i antall fordeling utfra sykdomsgrupper.

Disse sykdomsgruppene kan lede til fravær og uføretrygd.

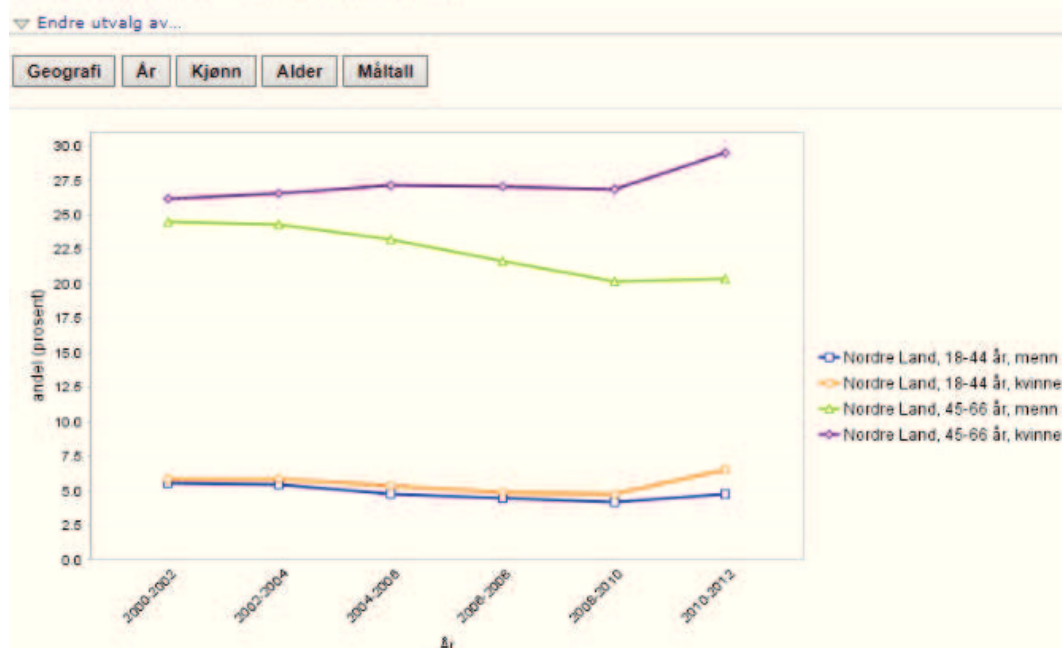
Statistikk fra KommuneHelse Statistikkbank viser også utvikling andel uføretrygdede i alderen 18-66 år sammenlignet med Opplands samlede gjennomsnitt:



Figur 3: Utvikling av andel uføretrygdede i Nordre Land sammenlignet med Opplands gjennomsnitt.

Fra 2005/2007 har det vært en økning i antall uføretrygdede blant kvinner i alderen 18 - 66 år til nå. Det har økt med nesten 2 % de siste årene. Sammenlignet med Oppland fylke har man her i snitt 4 % flere uføretrygdede kvinner og 2,5 % flere uføretrygdede menn. Dette er aldersgruppen som er arbeidsaktiv og sett sammen med forholdstall arbeidsaktiv kontra alder over 67 år vil dette få betydning. Diagram under viser grafer fordelt på henholdsvis to aldersgrupper: 18-44 år og 45-66 år av total andel uføretrygdede.

#### Uføretrygdede – andel (prosent)



Figur 4: Grafisk fremstilling av utvikling av uføretrygdede i Nordre Land.

Andel uføretrygdede øker blant kvinner. Fra 2008 ser man en markant økning, spesielt i aldersgruppen 45 – 66 år. Om grafen fortsetter vil dette få betydning for rekruttering av helsepersonell da kvinner utgjør en stor andel av disse.

### 3 REKRUTTERING

Rekruttering kommer til å være hovedutfordringen i omsorgssektoren i fremtiden. Dette gjelder ikke bare å få nok "varme hender" inn i sektoren, men nok og riktig kompetanse på rett plass til rett tid hos alle brukere. Kommunens demografiske utvikling vil kreve at enheten klarer å rekruttere mye personale i fremtiden. Eldrebølgen vil ikke komme for fullt før fra 2020 og utover, men planer for både å rekruttere og beholde kompetanse må være på plass i god tid. Fokuset på å rekruttere ny kompetanse må ikke fortrenge arbeidet med å beholde og videreutvikle den kompetanse som allerede er i enheten.

Ikke bare den demografiske utviklingen, men også Samhandlingsreformen setter krav til at enheten må rekruttere bedre. Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft ser enheten et særlig behov for å rekruttere flere sykepleiere. Samhandlingsreformen har flyttet mye av behandlingen ut av sykehus og inn i kommunene. For at enheten skal kunne gi denne behandlingen har kravet til kompetanse og sykepleierdekning økt. Brukerne behandles mer og lengre nå enn hva som var tilfellet før. Når behandlingen blir lengre og mer kompleks skaper dette et større behov for sykepleierdekning. Tidligere var behovet for sykepleiere størst på dagtid, men enheten ser gjennom Samhandlingsreformen at flere av brukerne nå trenger sykepleierkompetanse større deler av døgnet. En del av dette kan løses ved å fordele interne sykepleier ressurser bedre, men det trengs også å rekrutteres nye sykepleiere til kommunen.

Rekruttering er store investeringer som må planlegges og gjennomføres strategisk. Ved ledighet i stillinger er det viktig å unngå for lange perioder med vakanser og vikarbruk. Ledere må ha god oversikt når det gjelder bemanning, permisjoner, avgang, hjemler og stillingsstørrelser for å planlegge disse prosessene godt. Det må tenkes både offensivt og fleksibelt for å rekruttere de beste kandidatene. Det må sees etter muligheter for å redusere små deltidsstillinger for å kunne tilby store stillinger i forbindelse med rekruttering. Med god oversikt og planlegging kan en ha «is i magen» i perioder for å kunne tilby attraktive stillinger. Målsetting om større stillinger og medarbeidere med god kompetanse oppnås på sikt, innenfor rammebetingelsene.

#### 3.1 Bemanningsnorm.

Det er per i dag ingen nasjonal standard på hvor mye personell og sammensetningen av faggrupper i omsorgssektoren. Det blir ofte en skjønnsmessig vurdering ved tilsyn eller i klagebehandling om tilbudet er godt nok. Enhet Omsorg og Rehabilitering håper det kommer nasjonale standarder på plass, men mener at mangelen på nasjonale føringer ikke bør være til hinder for at enheten bør kunne innføre egne standarder på antall (pleiefaktor) og sammensetning.

Når det gjelder pleiefaktor er det flere måter å regne ut denne på. Heller ikke her er det nasjonale standarder. Det er enighet om at pleiefaktor er antall årsverk delt på antall senger. Uenigheten går på om avdelingsleder skal være med i utregningen eller ikke. Enhet Omsorg og Rehabilitering i Nordre Land kommune regner pleiefaktor med avdelingsleder inkludert. Grunnen til at en velger å regne faktor med leder, er at alle avdelingslederne er sykepleiere, og dermed sitter på en fagkompetanse som bør være med i utregningen av pleiefaktor.

Enheden mener at minimum pleiefaktor på langtidsavdelingene bør være 0,8, mens spesialavdelingene (rehabilitering og demens) bør ha en pleiefaktor på minimum 0,9. For hjemmetjenestene kan / må man regne bemanning utfra vedtakstid. Enheden mener at vedtakstiden pr ansatt ikke bør overstige 5,5 timer på en 7,5 timers vakt. Skulle vedtakstiden over

tid vise seg å være under 4,5 timer bør personell relokteres til avdelinger med større behov. Ansatte er tilsatt i enheten, med midlertidige arbeidssted, så slike relokeringer vil være innenfor enhetens styringsrett. Informasjon og frister til de ansatte er selvsagt viktig skulle slike flyttinger bli nødvendig.

Med en pleiefaktor og riktig vedtakstid på plass er det lettere for avdelingene å beregne personell- behovet, og en sikrer en forsvarlig minimumsbemanning på alle avdelinger. En vedtatt norm vil også kunne minimere en del av den synsingen som er blant ansatte, pårørende og politikere på hva som er god nok bemanning. De foreslåtte normene for Enhet Omsorg og Rehabilitering er over det som har vært foreslått til nasjonale standarder.

Når enheten vet hvor mange som skal være på jobb, trenger en å vite sammensetningen. Kort fortalt er dette hvor mange sykepleiere og hvor mange helsefagarbeidere hver avdeling bør bestå av.

### 3.2 Sammensetning av yrkesgrupper.

Enhetens mål er å innføre en intern standard på at det skal være 100 % faglært arbeidskraft. Det vil si 50 % høyskoleutdannede, fortrinnsvis sykepleiere og 50 % hjelpepleier/fagarbeidere. Enheten mener at dette er faglig og økonomisk gunstig med tanke på innleiekostnader og ferieavvikling. Pr i dag varierer sykepleierdekningen fra 30 % til over 40 % i de forskjellige avdelingene. Andel hjelpepleiere/fagarbeidere varierer mellom 46 – 60 %. Andel assistent/ pleiemedarbeidere er i gjennomsnitt for alle avdelinger ca. 10 %. Pr dags dato oppfylles ikke 50/50 målsettingen på noen av avdelingene så dette er en standard som stiller store krav til rekruttering fremover.

Ved en ønsket standard på 50 % sykepleierdekning vet en hele tiden hva en skal strekke seg etter. Da vil behovet for faglig gode tjenester gå foran hva en har av søkere der og da. Ved ledig stilling tilstrebes det at sykepleierdekning først prioriteres til ønsket standard ved evt. omgjøring av stillingsbenevnelse. Trenden med at helsefagarbeiderstillinger omgjøres til sykepleierstillinger så en først i spesialisthelsetjenesten fra årtusenskiftet. Nå har mange av de pasientene som da ble behandlet i spesialisthelsetjenesten samme behandling i kommunene, og det er derfor behov for å gjøre de samme stillingsendringene.

I forbindelse med demografisk utvikling og et økende antall pleietrengende vil det fortsatt være stort behov for helsefagarbeidere. Ved at det er videregående skole på Dokka med Helse og oppvekstfag er tilgangen på helsefagarbeidere relativt god. Enheten vil jobbe aktivt for å beholde Helse og Oppvekstfag på Dokka. Det er viktig at enheten er i god dialog med utdanningsinstitusjonene, slik at de kan informere bedre om behovene i utøvende virksomheter. Enheten kommer ikke til å si opp eller redusere stillingsstørrelser til dagens helsefagarbeidere for å nå et mål om sykepleierdekning. Målet om 50 % er for den neste 4 års perioden, så endringer i stillinger vil skje ved arbeidsforhold som avsluttes. Sier helsefagarbeidere opp store stillinger, vil disse bli utlyst som sykepleierstillinger frem til målet om 50 % er oppnådd. Dette er en praksis som er påbegynt. Det samme gjelder for assistent / pleiemedarbeider stilling som omgjøres til helsefagarbeider stillinger frem til målet om 50 % er oppnådd. I tillegg er det kommet på plass en stipendordning for helsefagarbeidere i enheten, som gjør at det gis støtte til helsefagarbeidere som oppfyller kriteriene og søker seg inn på sykepleierutdanning.

Enheten skal legge til rette for at fast ansatte uten formell kompetanse gis mulighet til å ta utdanning som helsefagarbeider. Dette vil være i samarbeid med den enkelte ansatte, utdanningsinstitusjoner og avdelingsleder.

### 3.3 Vikarpool

Enhet Omsorg og Rehabilitering ønsker innenfor den kommende 4 årsperioden å opprette en vikarpool. Hovedgrunnen til å opprette en slik pool er for å lage flere større stillinger, og skape forutsigbarhet for de ansatte. En vet at det er et fravær i enheten på i overkant av 10 %. I stedet for å ringe etter personell hver dag, eller sette inn noen i korte vikariater, vil en kunne bruke egen vikarpool. De som jobber i vikarpoolen vil vite når de skal jobbe, men ikke hvor de skal jobbe. De får en forutsigbar turnus i stor stillingsstørrelse. Personellet møter et bestemt sted til fastsatt tid, og fordeles der behovet er.

De faste kostnadene vil ved en slik ordning bli større, mens de variable synker. Dette vil gi enheten en mer forutsigbar økonomi, og sjansene for merforbruk mindre. Vikarpoolen bør startes opp som et 1- 2 årig prosjekt, slik at enheten kan sikre seg at de ønskede effekter oppnås, før det eventuelt gjøres til en varig løsning. Hvis de variable kostnadene ikke synker på linje med økningen i de faste kostnadene vil ikke en vikarpool være bærekraftig over tid.

*«Det har jag aldrig provat förut, så det klarar jag säkert!»*

Pippi Langstrømpe

### 3.4 Heltid – deltid

Enhet Omsorg og Rehabilitering har mange deltidsstillinger. Det er mange grunner til at de er slik. Hovedgrunnen er at avdelingene er drevet 24/7 365 dager i året. For at de ansatte ikke skal måtte jobbe oftere enn hver 3. helg, blir det mange deltidsstillinger. En avdeling med 15 årsverk trenger ca. 30 ansatte for å få nok personell på alle skift. En annen viktig grunn er at mange ansatte ikke ønsker eller ikke har helse til å stå i fulle stillinger gjennom hele sin arbeidskarriere. I større eller lengre perioder er det mange ansatte som ønsker å jobbe reduserte stillinger fordi det passer best i deres livssituasjon. Andelen deltidsstillinger i sektoren gjør at en del ansatte har lavere stillingsprosent enn de ønsker. Slik uønsket deltid er et paradoks da enheten samtidig har mangel på kvalifisert arbeidskraft.

En av løsningene på uønsket deltid er at flere jobber annenhver helg. Er det ansatte som frivillig vil jobbe hver annen helg kan de tilbys større stillinger, da det er helgene som gjør at avdelingene må ha nær dobbelt så mange ansatte som de har årsverk. Et annet tiltak kan være høyere grunnbemanning i flere avdelinger. Har avdelingen høyere grunnbemanning trenger en i mindre grad innleie, og ved en bedre grunnbemanning kan flere få utvidet stilling. Skulle dette kunne fungere må bemanningen i helgene være den samme som i dag, ellers vil kravet til antall ansatte stige proporsjonalt med hevingen i grunnbemanning, og resultatet bli som i dag. Ved bare å heve grunnbemanning i ukedagene vil enheten kunne tilby flere større stillinger. Det er ikke sikkert dette ville medføre en vesentlig økt kostnad, da variable kostnader blir mindre. Enheten mener allikevel at vikarpool er en enda bedre løsning da effekten på uønsket deltid vil bli den samme, men fleksibiliteten til enheten vil bli enda bedre gjennom at flere ansatte vil kunne brukes på flere avdelinger. Det tredje tiltaket er bedre samarbeid på tvers av avdelingene. Ved at flere ansatte kan jobbe på flere avdelinger øker mulighetene til å kunne slå sammen flere små stillinger til en stor. Igjen vil det være helgene som er begrensningen på hvor stor stillingen vil kunne bli. Hvis da ikke den ansatte vil jobbe annenhver helg.

Enheden ønsker å ansette studenter i utdanningsstillinger primært på helg. Det er i tillegg ønskelig å beholde seniorer i helgestillinger og som vikarer da de er viktige kontinuitetsbærere.

Uønsket deltid er en problemstilling som tas på alvor i enheten. Det er et sammensatt problem som krever flere tiltak. Samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene er sentralt i dette arbeidet.



Enheten har bedret samarbeidet avdelingene i mellom, og er i dialog med organisasjonene for å finne nye løsninger på et gammelt problem.

Levekårsundersøkelsen som ble gjennomført i kommunen 2014 viser en samlet oversikt over andel personer som arbeider heltid og deltid i hele kommunen.

	Heltid	Høy prosent (60+)	Lav prosent (-59)	Sum
Nordre Land	62,6	19,3	18,2	100
Søndre Land	66,5	22,9	10,6	100
<b>Oppland fylke</b>	<b>68,1</b>	<b>19,2</b>	<b>12,7</b>	<b>100</b>

**Tabell 5: Andel heltid / deltid i kommunen.**

Levekårsundersøkelsen viser også en vurdering av om man har den arbeidssituasjon man ønsker i forhold til stillingsstørrelse.

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Nordre Land	77,5	16,6	5,9	100
Søndre Land	81,8	12,9	5,3	100
<b>Oppland fylke</b>	<b>84,2</b>	<b>11,2</b>	<b>4,6</b>	<b>100</b>

**Tabell 6: Andel ønsket stillingsstørrelse.**

### 3.5 Annonsering

Det er et synkende opplagstall for papiraviser, og reduksjon i antall lesere gjør at enheten i fremtiden må være villig til å annonsere på nye måter. Aviser har vært det viktigste redskap i annonsering. I fremtiden kan man kanskje fortsatt bruke aviser, men da e-aviser fremfor papiraviser. Enheten må også rette blikket mot nye plattformer for formidling. LinkedIn, YouTube og Facebook vil trolig nå flere potensielle kandidater enn papiraviser og finn.no. Formidlingstype vil avhenge av hvilke kvalifikasjoner man har behov for.



## 4 KOMPETANSE OG FREMTIDIGE UTFORDRINGER.

Befolkningsutvikling og Samhandlingsreformen krever stadig endring og økning av oppgaver for kommunens ansatte, og stiller ulike krav om kunnskap i direkte arbeid med brukere.

Enhetens «Kompetanseplan for helsepersonell 2015 – 2019», som er under revidering, skal ivareta kompetansehevingsperspektivet i enheten og være klar innen februar 2015. Denne vil konkludere med en rekke spesifikke behov i en handlingsplan som enheten må jobbe mot fremover i tillegg til at man med fordel kan samarbeide mer om å dele den kompetanse den enkelte innehar ved for eksempel hospitering internt i enheten. Kompetansemobilisering vil bli et viktig punkt i planen slik at enheten kan benytte seg av det man har, videreutvikle dette med spesifisering av ansvarsområder, gruppelæring mot å nå mål som er satt opp i fellesskap for å unngå kompetanseheving på områder som innehar bra dekning, men rette innsatsen mot det man ser reelle behov for.

«Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er også en nødvendig forutsetning i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse. Vi vet at gode fagmiljø rekrutterer og motvirker høyt sykefravær.» (St. meld. nr. 25)



### 4.1 Personell og kompetanse.

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetanseprofilen i enheten må utvikles i tråd med målene i Samhandlingsreformen. Deltakelse i samarbeidsforum med høgskoler og fagutdanninger anser enheten som en viktig arena hvor det kan spilles inn viktige behov for å kunne imøtekomme fremtiden.

Strategisk kompetanseplan for Gjøvikregionen beskriver at teknologisk utvikling, statlige reformer og nye krav til tjenestene krever at medarbeiderne er faglig oppdatert og kan medvirke i det løpende utviklingsarbeidet. Økt kompetanse gir bedre tjenester og mer fornøyde brukere, og det bidrar til stolte medarbeidere og godt omdømme. Arbeidstakere søker seg til og blir på arbeidssteder der de får brukt og kan utvikle sin kompetanse. Organisasjonen bør fokusere på læringsbehov, det vil si behov for ny kompetanse (utviklingstiltak), og på mobiliseringsbehov, det vil si anvendelse av den kompetansen som finnes, men som ikke har vært anvendt tidligere.

### 4.2 Rett kompetanse.

Utvikling av kompetanse bidrar til å styrke den enkeltes faglige identitet. En høy grad av faglig identitet vil kunne gi profesjonell og kvalitativt god yrkesutøvelse fra våre ansatte, noe som igjen vil påvirke enhetens muligheter til å beholde og rekruttere medarbeidere med rett kompetanse. Det er mye kompetanse i kommunen, og det blir viktig å bruke denne ved å benytte hverandre på tvers av avdelinger og enheter. Nordre Land kommune må fremstå som en attraktiv kommune å jobbe i med høyt faglig fokus. Samtidig skal det være attraktivt å arbeide i helse- og

omsorgssektoren, og gi de ansatte utviklingsmuligheter som kommer kommunens innbyggere til gode. Det legges til rette for mye kompetanseheving i enheten i form av interne kurs og via det regionale kurssamarbeidet. Man har pr. høst 2014 12 lærlinger innen helsefag i enheten, samt flere fagarbeidere og sykepleiere som er i relevante videreutdanninger. Enheten må jobbe systematisk videre med rekruttering, samt utvikle og beholde helse- og omsorgspersonell.

Det blir stilt større krav til observasjons- og handlingskompetanse hos personalet i enheten etter Samhandlingsreformen ble iverksatt. Dette fordrer økt kompetanse hos personalet, og ikke minst god nok sykepleierdekning. Fokus på forebygging krever god kompetanse på flere områder, som blant annet bruk av kartleggingsverktøy som en systematisk og strukturert metode for å fange opp endringer. Det er derfor viktig at det satses på heving av kompetansen samt mobilisere eksisterende og at det planlegges i tråd med framtidens behov. Omsorg og Rehabilitering vil etter hvert få brukere fremover som vet mye om egen diagnose og behandling via informasjon de har innhentet, samt pårørende som stiller krav til de ansattes kompetanse. Det vil si at man som helsepersonell må ha anledning til å innhente denne informasjonen så raskt som mulig.

Det er ingen tvil om at enheten kommer til å møte en del utfordringer i fremtiden når det gjelder kompetansebehov. Det er helt klart at om få år vil antallet mennesker som trenger omsorgstjenester øke betraktelig. Morgendagens eldre vil ha andre behov og krav enn dagens generasjon, de vil sannsynligvis bo sentralt og være en del av et pulserende liv. De vil både ha høyere utdanning og være mer ressurssterke. De vil ha andre vaner, kreve bedre standard, større fleksibilitet og brukermedvirkning. Økende antall eldre og helsetjenestens økte muligheter til å behandle lidelser som tidligere ikke kunne behandles, vil sannsynligvis føre til at flere lever lenger, flere vil ha kroniske lidelser og ha et økt behov for helse og omsorgstjenester i kommunen (Helsedirektoratet, nøkkeltall for helsesektoren, Rapport 2010).

#### **4.3 Regionalt samarbeid.**

Regionalt Kompetansesamarbeid, ReKs består av en kompetanseansvarlig fra hver kommune, samt en representant fra USH Oppland i tillegg til koordinator som skal lede dette samarbeidet. ReKs ble vedtatt som et forpliktende interkommunalt samarbeid for å støtte kompetanseutvikling innen helse og omsorgsområdene våren 2014, etter en utprøvningsperiode i prosjekt. Det utarbeides felles kursprogram, vår og høst, for ansatte innen helse og omsorg i regionen for å gi et bredt og variert kurstilbud. ReKs jobber på oppdrag fra, og rapporterer til regional Helse og omsorgsleder gruppe.

#### **4.4 Risiko og sårbarhetsanalyser.**

Enheten skal satse på å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) for enhetens tjenesteyting. Dette arbeidet er påstartet og skal fortsette utover perioden. Ved strukturerte analyser vil man oppdage områder som må kvalitetssikres for å unngå avvik og uheldige hendelser. ROS bidrar til økt internkontroll og skal være et verktøy for å sikre kvalitet i tjenestene. En analyse kan resultere i spesifikke kompetansebehov.

#### **4.5 Gerica – dokumentasjon i elektronisk pasientjournal.**

Dokumentasjon i Gerica har siden 2013 vært et stort satsingsområde og vil fortsatt være viktig for enheten. Optimalisering av systemet og implementering av nye muligheter fortsetter utover

perioden for sikre gode, riktige og gjenbrukbare opplysninger. Dette innebærer blant annet saksbehandling, utvidet bruk av mobile enheter, scanning, fakturering, multidose, vurdere behov for tilgang til Gerica på f. eks. medisinerom. Gerica gir mange opplysninger som samtidig kan være viktige i enhetens ressursstyring. Det krever kontinuerlig fokus på dokumentasjonsarbeidet for å sikre best mulig grunnlag, samtidig som det er desto viktigere for pasientenes oppfølging. I dokumentasjonsarbeidet er det samtidig viktig at informasjonssikkerhet vektlegges.

#### 4.6 Økt bruk av IKT for kompetanseheving.

Med kunnskapsekspløsjonen som oppleves i dag, synes det nesten umulig for den enkelte å holde seg faglig oppdatert (Ruland, 2000). Helsepersonell er ikke bare etisk forpliktet til å holde seg faglig oppdatert, også juridisk er de pålagt dette i helselovene. I de seneste tiår har det vært en stor utvikling i det medisinske fagfelt når det gjelder kunnskap, kompleksitet og behandlingsskapasitet. Samhandlingsreformen har medført at kommunehelsetjenesten overtar et stort ansvar for videre oppfølging. De kobles inn i den postoperative behandlingen, får ansvar for administrering av medikamenter, rehabilitering, lindrende behandling og omsorg. Med tanke på kvalitetssikringsverktøy, elektronisk samhandling og stadig ny IKT- utvikling som kommer må enheten følge med og ikke bli hengende etter på grunn av manglende informasjonstilgjengelighet. Det er en målsetting generelt at det tilbudet kommunen skal gi til pasienter og pårørende er basert på den beste tilgjengelige kunnskap som gir god kvalitet i tjenesten.

Deling av erfaringer og kompetanse også på tvers av kommunegrensene gir viktige bidrag til hvordan man kan heve nivået i enheten på ressursbesparende måte. Om man tilrettelegger for økt deltakelse i kursarrangement ved konferanseutstyr økes kurstilgjengeligheten betraktelig. Videokonferanseutstyr medfører at man kan «delta» på eksterne kurs/forelesninger uten å måtte reise ut av kommunen. Dette er effektivt og man sparer kurskostnader og reiseutgifter. Spesialisthelsetjenesten tilbyr konferanser jevnlig og det er et viktig bidrag om enheten har mulighet til å få være med på denne type undervisning også. Denne type utstyr vil også kunne være verdifullt i forbindelse med samarbeidsmøter i regionen og kursavvikling via regionalt arbeid.

Det økte kravet til kompetanseutvikling i et livslangt læringsperspektiv har skapt behov for fleksible læringsformer som kan tilpasses lokale forhold. Det er ikke lenger slik at alle læringsbehov kan dekkes gjennom tradisjonell klasseromsundervisning. Det kan være nødvendig, mer effektivt og lønnsomt å benytte IKT-støttet opplæring. De tilbakemeldinger som er gitt av de som har gjennomført dette her i kommunen er veldig bra og Abelia har vist gjennom mange undersøkelser at dette frembringer gode læringsresultater. Det er lagt til rette for dette med 3 PC'er på Landmo møterom. Dette betyr at man har anledning til å benytte seg av e-læring, men at det må planlegges – ingen ad hoc læring. Effekten av dette ville vært langt bedre om den enkelte avdeling hadde muligheter på egen avdeling uten å måtte gå fra. Ved hjelp av håndholdte enheter vil informasjonstilgangen forbedres, en del enheter kan man også gjennomføre e-læringsmoduler på. Dette vil kreve en utvidelse av trådløst nettverk (Landmo). Trådløst nettverk vil gi både personell og våre brukere tilgang til internett (dette er i dag etterspurt av både personell og brukere).

Berg (2004) beskriver at helsepersonells aktiviteter kjennetegnes ved at det er hendelser som plutselig skjer og hvor mange beslutninger må tas raskt. Ved godt utviklet infrastruktur og lett tilgjengelige verktøy for informasjon kan dette være viktige bidrag i beslutninger som skal tas. Avdelinger ville med fordel kunne benytte seg av nettbrett/iPad hvor informasjon enkelt hentes frem – de kan tilpasses den enkelte avdelings behov. Fordelen med håndholdte enheter er at de kan brukes overalt med rask oppstart uten flere innlogginger. Det å gjøre kunnskap om beste

praksis lett tilgjengelig er viktig for å sikre god kvalitet og gir god beslutningsstøtte i situasjoner hvor man er i tvil og trenger informasjon annet enn råd fra kollegaer. For som Johan Churton Collins sa:

«å dra nytte av gode råd krever større visdom enn å gi dem»

### **Norsk elektronisk legehåndbok, NEL – et nyttig verktøy?**

NEL ble lansert i 1999 og er Norges ledende medisinske oppslagsverk for helsetjenesten. Gjennom å bruke NEL kan helsepersonell holde seg oppdatert på det nyeste av forskning og fagstoff, og de kan på denne måten følge med i utviklingen. NEL inneholder over 7000 oversiktsartikler om symptomer, sykdommer, undersøkelser, behandlinger, samt pasientinformasjoner. Innholdet oppdateres kontinuerlig. 95 % av norske allmennleger, en rekke sykehus, universiteter, høgskoler og kommuner abonnerer på NEL, ved siden av Danmark og Sverige ([www.nhi.no](http://www.nhi.no)). Rask tilgang til denne informasjonen vil gi trygghet i informasjonsinnhenting for både ansattes del, brukere og for pårørende. Dette er en kilde som kan heve kompetansen innen sykdomslære og behandling, samt gir beslutningsstøtte for iverksetting og oppfølging av tiltak. Kostnader ved denne ekstra informasjonstilgangen vil beløpe seg til ca. kr. 20.000,-.

## **5 SAMHANDLING OG STYRKING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE**

Samhandling benyttes om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkeltperson eller institusjon har et totalansvar for prosessen. Prosessen må derfor finne sted i forhandling mellom aktørene (Wikipedia). Samhandling i helse- og omsorgstjenestene betyr da hvordan man kan mobilisere og utnytte kommunens samlede kompetanse til det beste for bruker uavhengig av hvilken enhet tjenesteyter er ansatt i. I Nordre Land vil samhandling på tvers av enhetenes avdelinger, legetjeneste, spesialisthelsetjeneste med flere være aktuelt for å kunne gi best mulig tjenester.

### **5.1 Tverrfaglighet.**

Med tanke på rekruttering og kompetanseutfordringene i kommunen ser enheten at tverrfaglig samhandling sammen med kompetanse må vektlegges. Kompetanse er evnen til å ta i bruk ny kunnskap, til kritisk tenkning og refleksjon og til å søke samarbeid med og vurderinger fra andre yrker. Her blir det i fremtiden viktig med tverrfaglig samarbeid, innad i kommunen for å kunne ivareta brukere og pasienter på en god måte. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Brukergrunnlaget i dag har medført at enheten må rekruttere ulike fagkompetanser for en helhetlig oppfølging som igjen må føre til mer tverrfaglig arbeid.

Tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten for brukere med sammensatte behov. Pr i dag har man et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, representant fra Tildelingskontoret, sykehjemslege, hjemmetjenesten, demenskoordinator og representant for dagsenteret kan være med. Dette møtet avholdes 1 x per uke med tverrfaglig perspektiv. Enheten ser gjennom samarbeidet viktigheten av å ivareta brukerens pasientforløp.

### **5.2 Teamarbeid med bruker/pasient.**

Nye oppgaver og økt press på kommunale tjenester, blant annet som følge av Samhandlingsreformen og endrede forutsetninger inkl. styresignal fra kommune og helseforetak,

medfører det behov for økt og mer tverrfaglig kompetanse. Enhetenes muligheter til å etablere gode pasientforløp hvor fagprofesjonene inngår som en integrert del av den tjenesten er sentral. Dette behovet er særlig gjeldende ovenfor kronikere, rus og psykisk helse, og brukere med behov for oppfølging etter sykehusopphold.

KS rapport 2-2014 beskriver dette med ny oppgavefordeling i tjenesteytingen. Den sier at man må skaffe seg kunnskap om hvordan man kan løse oppgavene på best mulig måte for både bruker og tjenesteyterne. Det vil si å identifisere hvilke og hvordan oppgaver kan løses på en ny måte og hva som skal til for å skape en ny oppgavefordeling. Oppgavedeling er et bredt begrep om prosesser der arbeidsoppgaver blir overført fra en personellgruppe til en annen. Dette kan skje som en planlagt prosess eller som en ad hoc løsning på akutte problemer. Gjennom teamarbeid og tverrfaglighet kan det bli enklere å ha rett kompetanse på rett sted til rett tid for bruker/pasient og bidra til et helhetlig behandlingsforløp uavhengig av nivå og avdeling.

Koordinerende enhet ble opprettet januar 2014 og Individuell Plan (IP) ble satt på dagsorden. I en individuell plan spiller det tverrfaglige samarbeidet en meget stor rolle. Brukers rettigheter må ivaretas, og de med behov for flere tjenester har krav på IP eller koordinator om de ønsker dette. En ser i dag at det er brukere som egentlig ikke passer inn noen steder hvor de får det de har krav på som en helhetlig og koordinert tjeneste. De faller litt igjennom, og det kan føre til en fragmentert helsehjelp som ikke stimulerer til særlig optimalisert utvikling/læring for den enkelte. Et forsterket fokus på tverrfaglige og godt koordinerte tjenester vil kunne gi brukere økte muligheter til mestring og redusere hjelpebehovet etter hvert.

### 5.3 Boveileder – et samlende ledd?

En boveilederstilling skal bidra til forebygging og tidlig intervensjon. Hensikten er både å hindre at rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg, eller som en forsterkning i en periode etter at en har vært innlagt i behandling og nå skal greie seg på egen hånd uten bruk av rusmidler. I dette arbeidet skal boveileder bidra til å øke brukernes praktiske kunnskaper knyttet til det å bo i egen bolig som for eksempel:

- planlegge/utføre innkjøp
- måltider/mat
- vaske klær
- rengjøring
- gjøre avtaler

men også sosial trening, veiledning, motivere, følge opp, gi oppmuntring og støtte. Boveilederen skal være en hjelp til å sikre forutsigbarhet, trygghet og struktur i hverdagen for den enkelte bruker. Boveileder vil måtte jobbe på tvers av kommunens enheter og være bindeledd, og bidrar i så måte også med en sømløs tjeneste for bruker.

Nordre Land har som andre kommuner en del brukere som faller mellom kommunens forskjellige tjenestetilbud. Flere brukere må forholde seg til 3 forskjellige enheter. En boveileder vil kunne knytte tjenestene nærmere hverandre og være et samlende ledd nært bruker. Man ønsker å organisere boveileder i Enhet Omsorg og Rehabilitering. Hovedgrunnen til dette er for å kunne ha stillingen i samme enhet som hjemmetjenesten. Ved å organisere boveileder sammen med hjemmetjenesten, vil man kunne få en 24/7 synergi av en dagstilling. Organisert sammen med hjemmetjenesten vil de tiltak og relasjoner boveileder oppnår kunne videreføres av kollegaer. Det sikrer at informasjon blir gitt uten at det må via flere ledd / ledere. Samhørigheten til hjemmetjenesten som organiserer LAR (Legemiddel Assistert Rehabilitering) vil også bidra til at



man kan gi disse brukerne en mer sømløs tjeneste. Ved å starte i hjemmet til brukeren kommer man nærmere ”nullpunktet”, og kan styre hele tjenestetilbudet i riktig retning tidlig.

#### 5.4 Rus og psykisk helse.

En intensjon i Samhandlingsreformen er å få de ulike ledd i kommunal tjeneste til å jobbe bedre sammen. Enhet Omsorg og Rehabilitering ser nødvendigheten av et tettere og økt tverrfaglig samarbeid med psykiatrisk helsepersonell i kommunen. Styrking av rus- og psykiatri kompetansen blir viktig da flere av disse brukerne skrives ut tidlig fra spesialisthelsetjenesten og inn i tjenesten. 8. oktober 2014 kom pressemelding nr. 36/2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor det foreslås å øke bevilgningene til kommunene for blant annet å styrke tjenestene innenfor rus og psykisk helse. Disse brukerne har behov for tjenester fra flere ulike kommunale aktører. For regjeringen er det et mål at kommunene kan se velferdsoppgavene i sammenheng. Enheten har flere fagarbeidere med videreutdanning innen rus og psykiatri, men blant sykepleiere er det en stor mangel. Og som det beskrives vil en av utfordringene de neste årene være at det vil komme flere brukere med rus og/eller psykiske lidelser.

I Omsorg og Rehabilitering ses det allerede at en kombinasjon av både somatiske og psykiske lidelser kommer inn i avdelingene. I tillegg kan det være vanskelig å sette et skille mellom personer med demens og psykiske lidelser. Dette er et område man bør rette fokus mot da det er aktuelt for alle avdelinger fra Rehab/KAD, demensavdeling, langtidsplass til hjemmeboende.

Spesialisthelsetjenesten utfører nå mer ambulant og poliklinisk behandling og man håndterer brukere gjennom utrednings- og behandlingsfasen i langt større grad nå enn tidligere. En sømløs tjeneste og godt pasientforløp innad i kommunen krever godt samarbeid mellom institusjon, hjemmetjeneste og psykisk helse.

*Der skal ikke stor skarpsindighet til for å innse, at når to mennesker drøfter en ting sammen, må der komme mer ut derav enn om hver tenkte alene for seg.*  
Alexander Kielland

#### 5.5 Mulige forbedringsområder innen tverrfaglighet og samarbeid.

Man må de neste årene se på hvilke muligheter som finnes for å videreutvikle samarbeidet med andre enheter. Samarbeidsarenaer og faste møtepunkt der det diskuteres tverrfaglig om felles brukere bør systematiseres for å forebygge utvikling av krevende situasjoner. Boveileder kan være et sentralt ledd i samarbeidet som kan sikre kontinuiteten. Det vil gi økt tjenestekvalitet og mer helhetlig behandling og oppfølging. Dette tverrfaglige samarbeidet mener man vil gi positiv effekt for enhetene. Om kommunen får økt bevilgning til rus/psykisk helse neste år vil dette være et viktig område hvor man må samarbeide om fordeling av godene. For å møte de oppgavene som kommer, bør Omsorg og Rehabilitering sammen med Familie og Helse, utrede alternativer for tilbudet som sammen kan gis denne gruppen på best mulig måte.

## 6 ULIKE BOFORMER

De fleste eldre ønsker å bo i eget hjem, men har behov for trygghet om og tillit til at hjelpeapparatet er tilgjengelig hvis behovet for tjenester oppstår. Ved å styrke den hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenesten samtidig med utbygging av tilrettelagte boliger som gjerne lokaliseres nær omsorgsbaser kan mye av den tryggheten sykehjemmet representerer ved nærhet til tjenestetilbud, overføres til egen bolig. Om Nordre Land kommune har en godt utbygd hjemmetjeneste tilpasset den enkeltes behov, kan omsorgsboliger være et egnet tilbud også for de med omfattende behov for pleie og omsorg.

Utbygging av tilfredsstillende boligalternativ kan redusere behovet for sykehjemsplasser. Landmo Omsorg- og rehabiliteringssenter vil i større grad kunne innrettes mot helserettede oppgaver for grupper med spesielle pleiebehov (personer med demenstilstander og eller de med behov for omfattende sykepleie). Det vil også fortsatt være et behov for institusjonsplasser ved korttidsopphold i forbindelse med rehabilitering, avlastning eller i forbindelse med utskrivning fra sykehus og evt. ved terminalpleie, samt KAD.

Det er ikke boformen, men den enkeltes individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang. Retten til forsvarlige helse- og omsorgstjenester gjelder uavhengig av om man bor i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. Etter at tjenestetilbudet er fastlagt, bør spørsmålet om hjemmetjenester, omsorgsbolig eller sykehjem derfor vurderes for seg, og ha en selvstendig begrunnelse knyttet til behovet for å endre bosituasjon og få andre omgivelser.

Demografisk utvikling viser at Nordre Land kommune vil få flere og mer krevende oppgaver enn før, også når det gjelder omsorgstjenester. Det kommer til å bli vanskelig å håndtere denne økningen av eldre med kommunens tradisjonelle omsorgstrapp, det er derfor nødvendig å tenke alternative løsninger. Men det er også slik at den nye eldregenerasjonen lever lengre fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner. Man kan forvente at eldre i Nordre Land har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De kommer også til å være mer vant til teknologi, og vil bestemme mer på egenhånd.

Nordre Land kommune må jobbe for å gjøre eksisterende boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming. Det må tas i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning, samt at man må legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering.

Særlige utfordringer som setter press på dagens omsorgstjeneste er: vekst i nye yngre brukergrupper, flere eldre med komplekse hjelpebehov, reduksjon i frivillige omsorgsytere, og større psykososiale behov blant brukerne.

### 6.1 Institusjon og hjemmetjeneste

Pr. i dag har Nordre Land kommune 92 institusjonsplasser på Landmo Omsorg- og rehabiliteringssenter, fordelt på 5 avdelinger (3 langtidsavdelinger, skjermet avdeling for personer med demens, samt rehabiliteringsavdeling) Enheten har i tillegg 2 KAD-plasser. På Korsvold Omsorgssenter er det 20 omsorgsboliger hvor beboerne får hjemmetjenester, samt 4 tidsbegrensede plasser.

Til sammen vil 92 institusjonsplasser mest sannsynlig være tilstrekkelig for de kommende 5 -10 år, men da man venter den store eldrebølgen rundt 2020-2030 er det grunn til å vurdere ytterligere utvidelse av Landmo Omsorg- og rehabiliteringssenter om noen år, avhengig av press på de ulike tjenestene.

Korsvold Omsorgssenter bør bestå som i dag. Nordre Land kommune vil ha behov for minst 20 omsorgsboliger for personer som har et funksjonsnivå som ligger mellom det som er forenelig med å bo hjemme og inneha en institusjonsplass. De 4 tidsbegrensede plassene tenkes brukt til mennesker som trenger kortere opphold (f. eks. avlastningsopphold) og som ikke krever omfattende faglig oppfølging.

Hjemmetjenestene er i dag i stor grad tilpasset brukernes behov. Men denne tjenesten vil måtte styrkes når man får vesentlig flere eldre som mest sannsynlig trenger bistand for å kunne fortsette å bo hjemme. Hjemmetjenesten må også ha et større fokus på hverdagsrehabilitering og å styrke brukernes selvhjelpsferdigheter.

## 6.2 Boligløsninger

Nye boligløsninger for omsorgsformål i Nordre Land kommune må ta utgangspunkt i hvem som i framtida vil ha behov for et slik botilbud, og må i større grad enn før være tilpasset individuelle behov og ønsker. Noen vil bo i tette bofellesskap og ha mye sosial kontakt med andre mennesker, andre ønsker en begrenset kontakt. Vi har pr. i dag en del kommunale boliger som ikke er universelt utformet, og som er uhensiktsmessige for mennesker med ulike former for funksjonsnedsettelse. Disse boligene må rehabiliteres for å kunne fungere som reelle boalternativ for befolkningen.

Nordre Land kommune bør samarbeide med private aktører for å bygge private omsorgsboliger hvor kommunen garanterer for leieinntekter. Stadig flere kommuner velger nå en slik modell (OPS: Offentlig Privat Samarbeid) for å sikre funksjonelle boliger. Ved å bygge sentrumsnære boliger får leietakerne større tilgang på servicetilbud, forretninger og kulturliv, samtidig som tjenesteapparatet kan utføre omsorgsarbeid på en rasjonell måte.

Det er også viktig å understreke at den enkelte innbygger i Nordre Land har et ansvar for å sørge for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at kommunen har en rådgivende funksjon for de som måtte trenge kunnskap rundt for eksempel universell utforming.

## 6.3 Fremtidige løsninger

Det er ikke realistisk å planlegge at antall institusjonsplasser skal øke proporsjonalt med den økningen i antall eldre Nordre Land kommune vil oppleve i 2020 - 2030. Det er derfor helt nødvendig å tenke at en del av den omsorgen som nå ytes på institusjon, må om noen år ytes i den enkeltes hjem. Pr. i dag har vi hjemmetjenester som er tilpasset dagens omsorgsbehov, men med tanke på demografisk utvikling må tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagtilbud, trygghetsalarmer, matombringing, fritidskontakt, BPA og ambulerende vaktmestertjeneste styrkes. Det blir også nødvendig å tenke et økt antall korttidsplasser for å gi nødvendig avlastning til pårørende som yter omsorg for sine nærmeste hjemme.

Omsorgslønn er en godtgjøring til de som utfører pleie- og omsorgsarbeid for nærstående personer, og skal være med å legge til rette for at privat omsorgsarbeid skal kunne fortsette.



Omsorgslønn må det tenkes økte rammer til, da dette er en ordning som det pr. dags dato er begrensede ressurser til. Omsorgslønn blir gitt til den som har omsorgsarbeidet, ikke til den som trenger omsorgen, og omsorgsarbeidet må være av et visst omfang.

Framfor å heve terskelen for å få hjelp må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Omsorgstjenestene i Nordre Land kommune har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Denne veksten må nå organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

## 7 VELFERDSTEKNOLOGI

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg gir følgende definisjon av velferdsteknologi:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.»

Velferdsteknologiske løsninger gir mennesker større muligheter for å mestre hverdagen på egenhånd. Resultatet er økt selvstendighet og bedre livskvalitet. Velferdsteknologi gir trygghet for både brukere og pårørende, teknologi vil være med å gi bedre utnyttelse av personalressursene i tjenesteapparatet. For å løse de fremtidige utfordringene mener enheten at velferdsteknologi må være *i stedet for*, ikke bare som *et supplement til*.

### 7.1 Hvorfor velferdsteknologi?

Flere offentlige dokumenter, som Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» peker på utfordringer velferdssamfunnet står ovenfor i årene som kommer. Mange vil leve lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette er positivt, men utfordrende for tjenesteapparatet. Den demografiske utviklingen viser at kommunen vil få flere eldre og pleie/hjelpetrengende, mens det vil være færre hender til å utføre arbeid i helse- og omsorgssektoren. Utfordringene velferdssamfunnet står overfor stiller krav, ikke bare til organisering og rekruttering, men øker behovet for å ta i bruk teknologi som støtter opp under/erstatter den omsorg som skal ytes. Velferdsteknologiske løsninger er altså ett av svarene på morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren.

Økte oppgaver innen helse- og omsorgstjenestene fører til at flere pasienter skal håndteres og mer skal løses lokalt. For å møte noen av disse utfordringene kan velferdsteknologi bidra til å utnytte ressursene bedre. Det bør legges til at velferdsteknologi ikke bare bidrar til å løse bemanningsutfordringer som vil oppstå, men kan bidra til økt livskvalitet og trygghet for de som får mulighet til å ta teknologien i bruk.

I «Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030» står det:

*«Formålet med å ta velferdsteknologi i bruk er å gi enkeltmennesket mulighet til bedre å mestre eget liv og helse, styrke det offentliges oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene, bl.a. som følge av den demografiske utviklingen.»*

## 7.2 Velferdsteknologi – økonomiske, etiske og lovmessige utfordringer

Velferdsteknologi er kostbart og enheten ser for seg at finansieringen av teknologien må fordeles mellom kommune og brukere av slike hjelpemidler. Spørsmålet om egenbetaling er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. En fordelingsnøkkel må utredes ytterligere når man ser det totale kostnadsbildet.

Velferdsteknologi vil utfordre den tradisjonelle måten å gi tjenester på. Teknologien kan bidra til å skape bedre løsninger, men også true andre goder, verdier og tradisjoner. Framtiden er i endring og utviklingen går fort. Enhet Omsorg og Rehabilitering ønsker å være med i denne utviklingen, men aldri gi slipp på de grunnleggende verdiene, relasjonene og møtene som kanskje ikke forandret en hel verden, men dagen for et enkelt menneske.

*«Hvis en ikke kjenner fortida, forstår en ikke nåtida og egner seg ikke til å forme framtida»*

Simone Weil

Velferdsteknologiske løsninger utvikles raskere enn det eksisterende lovverket. Enhet Omsorg og Rehabilitering vil forholde seg Datatilsynets anbefalinger og retningslinjer i utformingen av løsninger. Samtidig skal implementeringen av ny teknologi være i god dialog med bruker og pårørende. Datatilsynet er positiv til bruk av velferdsteknologi da slik teknologi kan gi personer med nedsatt funksjonsevne økt selvstendighet, trygghet, mobilitet og verdighet.

## 7.3 Hvilke velferdsteknologiske løsninger har enheten tatt i bruk?

### Trygghetsalarm

Nordre Land kommune bruker i dag både analoge og digitale GSM trygghetsalarmer. Alarmene som benyttes i kommunen er av typen Tunstall Caresse. Enheten har pr. dags dato ca. 240 alarmer.

Det vil i Nordre Land kommune bli byttet ut fra analoge til GSM etter hvert. Kommunen har en avtale med alarmleverandør fra 2014 til 2017. Digitalt system må ferdigstilles når Telenor faser ut det analoge systemet, antydte 2017-2018. Det vil ikke bli faset ut før det er garantert fullverdig mobildekning. Kommunen må fortløpende følge med på hva Telenor melder, og må ha en plan for utviklingen og overgangen til digitalt nett. Helsedirektoratet anbefaler at overgangen til fulldigitale løsninger bør være slutført innen utgangen av 2018.

### GPS(Global Positioning System)

GPS er en sporingsenhet som tar i mot signaler fra GPS-satellittene, og bruker SIM-kort til å videreforme sin posisjon til vakttelefon.

Enhet Omsorg og Rehabilitering gjennomførte i løpet av 2014 i en 5 måneders periode et prøveprosjekt med GPS-sporing av personer med demens. Dette prosjektet ble prøvd ut både i kommunens hjemmetjenester og i institusjon med stort utbytte. Enheten ønsker å fortsette å bruke GPS-



sporing av personer med demens også fremover i tid. De viktigste erfaringene enheten gjorde seg var:

- Økende mestring, sikkerhet og selvstendighet for brukere/pasienter
- Økt fysisk aktivitet for brukere/pasienter
- Bedre tjenester
- Utsette behov for ytterligere tjenester
- Økt samhandling
- Engasjerte medarbeidere
- Økt trygghet hos pårørende

### Lifecare Mobil Pleie

Lifecare Mobil Pleie (LMP) ble innført i hjemmetjenestene i september 2014.

LMP er en modul i den elektroniske pasientjournalen (Gerica) som gjør at ansatte kan dokumentere og innhente informasjon om brukere via håndholdte enheter. Mobilen er satt opp med sikker kommunikasjonsutveksling via egen linje mot Norsk Helsenett. Dette gjør tjenesteyteren i stand til effektivt å kunne håndtere det voksende behov for informasjon gjennom arbeidsdagen. Løsningen gir samtidig økt servicegrad mot brukerne av kommunens pleie- og omsorgstjenester. LMP innehar de viktigste funksjoner for å kunne dokumentere direkte i Gerica ute hos bruker, noe som er svært tids- og kostnadsbesparende.

Før hjemmesykepleien drar ut til brukerne lastes egen arbeidsliste med informasjon inn i mobilen - det vil si at denne er tilgjengelig selv uten nettilkobling. For oppdatering av opplysninger i journalsystemet Gerica kreves det tilkobling, dette går automatisk. LMP gir til enhver tid tilgang til oppdatert informasjon, dokumentasjon av utført helsehjelp forenkles og legger seg direkte i journalen, samt bidrar til effektiv kommunikasjon mellom de ansatte i omsorgstjenesten.

Bruk av mobile enheter har potensiale for og vil i fremtiden kunne åpne for at alarmer fra sensorpakker varsler via egen modul integrert mot Gerica som igjen kan betjenes av ansatte.

Det er ønskelig å prøve ut LMP i enkelte sykehjemsavdelinger for å se effekten av dette i forbindelse med dokumentasjon og informasjonstilgangen. Tieto har utviklet eget konsept som er tilpasset institusjonsbehovene, kalt eRom. Gerica eRom kan også være en fremtidig løsning for LOR, men ved først å teste ut LMP kan man legge grunnlaget og forberede personalet for fremtidige løsninger (se kap. 11 - Rehabiliteringsavdelingen).

### eLink - (elektronisk informasjonsutveksling i kommunene)

Dette er standardiserte meldinger som fungerer som sikre e-poster og sendes mellom de ulike aktørenes EPJ-systemer via Norsk Helsenett. Dette bidrar til raskere og forbedret kommunikasjon mellom helsepersonell i kommunen, sykehus og mot fastlegene. Dette kan også bidra til mer helhetlige pasientforløp.

Dokumentasjon og kommunikasjon av pasientopplysninger skjer i større og større grad digitalt. Løse papirjournaler og medisinarark eksisterer i vesentlig mindre grad etter at eLink ble tatt i bruk. Dialogen mellom sykehus og kommune skjer mye mer presis og tjenesteytere trenger i mye mindre grad å telefonere mellom hverandre. Denne utviklingen gir store muligheter til endringer til beste for pasienten og samfunnet, men også faglige og etiske utfordringer. Nordre Land tok i bruk elektronisk meldingsutveksling i 2014 og har gode erfaringer med systemet.

### Varslingssystem for ny skjermet avdeling.

Enheten har sammen med EveryCare AS begynt utprøving og montering av sensorutstyr på Soltun. Soltun er en skjermet avdeling for 15 pasienter med en demenssykdom. Denne pasientgruppen har mistet sin korttidshukommelse og har et stort behov for veiledning og hjelp

for å ivareta egen helse og grunnleggende behov. Det blir derfor spesielt viktig at en tilrettelegger avdelingen på best mulig måte slik at de kan mestre hverdagen og føle trygghet.

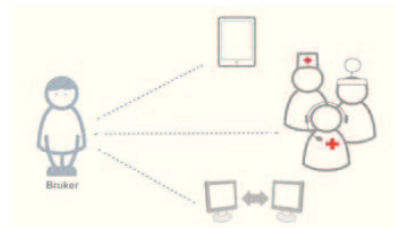
Varslingssystemet er utviklet i tett samarbeid mellom enheten og leverandør. Dette samarbeidet har sikret et varslingssystem tilpasset brukernes behov. Styringssystemet kommuniserer med en rekke sensorer og et sett av alarmer. Snoralarmer er en integrert del. Alarmene kan håndteres parallelt fra PC og via en applikasjon på de ansattes mobiltelefoner. Det legges inn ulike aktivitetsmoduser på hvert enkelt rom avhengig av pasientenes behov. En modus er satt opp med faste innstillinger som igjen tilpasses individuelt etter behov og funksjon for å varsle personalet. Systemet er i full drift fra 16. desember 2014.

«Først former vi husene.  
Så former husene oss.»  
Kinesisk ordtak

#### 7.4 Hva ønsker Omsorg og Rehabilitering å satse videre på i årene som kommer?

Enhet Omsorg og Rehabilitering bør i fremtiden beholde og videreutvikle det den allerede har i bruk i dag. Man bør videre satse på sensorpakker for brukere av hjemmetjeneste. Eksempler på komponenter i slike "pakker" kan være:

- Styring av lys og varme
- Bevegelsesdetektorer
- Tilstedeværelses detektorer
- Komfyrvakter
- Dørbrytere - eLås
- Lekkasjevakter og fuktighetsovervåkning
- Brann-detektorer
- Trykksensorer (eks. dørmatte / sengesensor)
- Temperaturfølere
- Solavskjerming og vindovervåkning
- Epilepsi alarmer
- Kjølenskap alarm
- Videokommunikasjon
- Biologiske sensorer



Enhet Omsorg og Rehabilitering ønsker tidlig i planperioden å gjøre en analyse av hvilke komponenter og systemer som finnes på markedet i dag, for så etter en anbudsrunde å knytte seg til en eller flere leverandører av sensorstyring. For enheten er det ønskelig at det blir så få leverandører som mulig, slik at en ikke risikerer systemer som ikke er kompatible med hverandre. Enheten vil søke etter den leverandøren som kan levere et helhetlig system, hvor brukersnittet er enkelt og holdbarheten god. Det vil også være en fordel om systemene er kompatible med teknologien enheten allerede har ervervet.

Utfordringer ved å treffe innbyggernes og brukernes forventninger vil være avgjørende for hvordan blant annet velferdsteknologi vil oppleves. Et system kan være bra, men dersom brukers forventninger av systemene ikke tilfredsstilles, kan det resultere i at omdømmet av tjenesten svekkes.

Generasjonen som vil trenge omsorgstjenester fra 2020 og utover, vil ha en helt annen tilnærming til IKT utstyr enn dagens brukere og det vil løse noe av tilnærmingen, men det er viktig at det drives opplysningsarbeid og trygghetsskapende arbeid omkring velferdsteknologi allerede i dag.

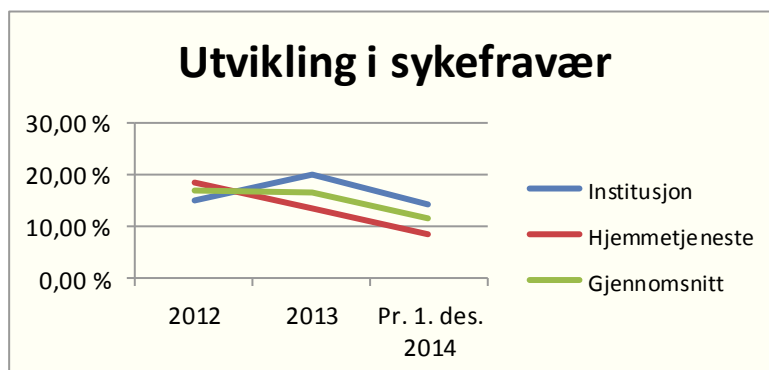
«Velferdsteknologi handler ikke om teknologi  
-men om mennesker»  
Nils Peter Nissen

## 8 SYKEFRAVÆR – NÆRVÆRSPOLITIKK

Enhet Omsorg og Rehabilitering mener at det er viktig at man arbeider systematisk for å redusere sykefravær og øke nærvær både for den enkelte ansatte, den enkelte avdeling og enheten. Den enkelte arbeidsplass vil være viktig i dette arbeidet, og man må ha kontinuerlig fokus på nærværsfaktorer og forebygging.

Utvikling av sykefravær:

	2012	2013	Pr. 1/12 2014
Institusjon	14,8 %	19,8 %	14,3 %
Hjemmetjeneste	18,5 %	13,2 %	8,4 %
Gjennomsnitt	16,65 %	16,5 %	11,35 %



Tallene viser en positiv utvikling samlet sett, men det er fortsatt utfordringer spesielt knyttet til institusjon. Enheten satte høsten 2013 redusert sykefravær som et av hovedfokusområdene. Enheten har til tider brukt ca. kr. 70.000,- per dag på fravær<sup>1</sup> (NAV). Skulle enheten nå målet om å stabilisere nærværet på 90 % beløper dette seg til drøyt kr. 20.000,- pr. dag.

### 8.1 Hva er årsaken til at folk er på jobb og trives på jobb?

Et mål for enheten de kommende år er å utvikle "god nærværskultur". Et tiltak kan være å skifte navn på sykefraværssrapporter til nærværssrapporter. Ved å bytte begrepene viser enheten at man ønsker å snu fokus fra å kjempe mot noe til å arbeide for å oppnå et ønsket resultat. Enheten tror at det er viktig å skifte fokus fra fravær til nærvær, og at man tenker forebygging og ikke behandling.

Inkluderende arbeidsliv handler om nærvær og dette må stå i fokus på alle arbeidsplasser. Nordre Land kommune har i sin egen handlingsplan "Helsefremmende arbeidsplasser/ IA-målsettinger 2013-2016" et mål om at kommunen skal ha et nærvær på 92 %. Handlingsplanens overordnede mål er å "forebygge og redusere sykefraværet, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet." For å kunne få til dette må arbeidsgiver, tillitsvalgte, verneombud og alle ansatte samarbeide målrettet for å oppnå en mer inkluderende arbeidsplass. Nærvær på arbeidsplassen handler om å bli sett og ha kontakt med sin leder og kollegaer. Det å ikke bli sett på jobb kan for noen gi dårlige opplevelser som kan være grobunn for negative holdninger. Negative holdninger kan igjen føre til dårlig effektivitet og kvalitet i de tjenestene som tilbys.



Mange IA bedrifter har funnet fram til gode samarbeidsformer som gir økt nærvær og ikke minst en forståelse for hva IA arbeidet betyr for deres virksomhet. NAV Arbeidslivssenter er gode samarbeidspartnere og sammen med bedriftens ledelse, tillitsvalgte, vernetjenesten og de ansatte kan mange få ennå større forståelse for et godt og tett IA arbeide på bedriften. Ved oppfølging og tilbakeføring av sykemeldte er det avgjørende at oppfølgingen følges opp av alle.

<sup>1</sup> Attføringsutvalget, 2013.

Med alle menes arbeidsgiver, arbeidstaker, lege/behandler, Bedriftshelsetjenesten og NAV. Det er ikke dermed sagt at det skal tilrettelegges for enhver pris, men det skal tilrettelegges så langt det er mulig og uten vesentlig ulempe for andre.

Omsorg og Rehabilitering mener at alle ansatte er ansvarlige for å gi det lille ekstra på jobb, og det skal være hyggelig å møte kollegaer. Alle er ansvarlige for å ta vare på og hjelpe hverandre. Det at de ansatte trives sammen, samarbeider godt også på tvers av avdelingene vil bidra til at de ansatte føler at jobben de gjør er viktig, og at det faktisk betyr noe for flere at akkurat "jeg" er på jobb, noe som vil bidra til at alle føler seg sett. Dette fører til et større fokus på nærvær som igjen kan redusere sykefravær. Enheten mener at det er viktig at man i tiden fremover har større fokus på det å jobbe med arbeidsmiljøet; hva gir lyst til å gå på jobb, kompetanseheving, involvering, medvirkning og medbestemmelse. Enheten mener at resultater vil oppnås gjennom en samlet innsats, og at det er summen av iverksatte tiltak som vil bidra og føre til resultater. Man ser per i dag at nærværsprosenten i enheten har økt siste tiden. Enheten har også hatt større fokus på nærvær, men erkjenner at det å implementere nye rutiner og tiltak vil ta tid. Man tror også at det er viktig at fastlege eller sykmelder og arbeidsgiver kommuniserer og ser på løsninger for å tilrettelegge og vurdere hva som er mulig for å unngå 100 % sykemelding fra første dag når den ansatte kommer til konsultasjon. Det er viktig for alle at de er velkommen på jobb også de dagene man ikke kan yte 100 %, men likevel ikke er så syk at man må være hjemme. Arbeidsgiver må se på mulighetene til tilrettelegging og alternative arbeidsoppgaver, men også innse at i helse og omsorgssektoren så er det ikke alltid like lett å tilrettelegge så mye som ønskelig. Enheten vil fortsette med å vektlegge den enkeltes stabilitet ved nyansettelser og stillingsendringer.

Når nærværsprosenten øker til 90 % vil enheten bruke mindre penger på fravær og fraværsoppfølging, og bruke mer på trivsel og nærværsoppfølging. Alle ansatte i enheten er avhengige av hverandre og et godt samarbeid for å yte gode tjenester. Ved å gi ansatte oppmerksomhet når nærværsprosenten er på 90 % så unngår enheten å skape skille mellom de ansatte, samt at alle ansatte føler at de er like viktige for enheten.

## 8.2 Hvordan ha en mer forutsigbar arbeidsgiverpolitikk?

En god arbeidsgiverpolitikk skal være et verktøy for å møte fremtidens utfordringer med den hensikt å skaffe kvalifisert arbeidskraft, angi kurs og retning i kommunen, utvikle medarbeidernes kompetanse og bygge en felles organisasjonskultur. Enheten mener at forutsigbarhet er avgjørende for en trygg arbeidsgiverpolitikk. For å kunne ha og opprettholde en forutsigbar arbeidsgiverpolitikk er det svært viktig at ansatte og ledere samhandler og bygger relasjoner. Skal man lykkes med dette må man ha åpen kommunikasjon og fokus på gode dialoger. Får man til dette så oppnår man gjensidig tillit som igjen fremmer trygghet for alle. Et annet viktig moment er at rutiner og oppfølging av ansatte følges opp av alle og tilstrebes at det gjøres likt i hele enheten der det er mulig. Det er viktig at man innad i enheten deler kunnskap og erfaring, fremmer kreativitet og er åpne for nye ideer. Ved å være nyskapende vil Omsorg og rehabilitering være med på å gi og skape energi, det å tørre å tenke nytt og være grensesprengende vil bidra til organisasjonsmessig læring og personlig utvikling.



## 9 ØKONOMI

### 9.1 Økonomisk målsetting

Enheten har som mål å styre innenfor vedtatte rammer. I tillegg ønsker enheten å gi forutsigbare prognoser på utviklingen fremover. Pr. dags dato har Enhet Omsorg og Rehabilitering en for høy andel av netto driftsutgifter i kommunen. Enheten ligger ca. 2 % over snittet for kommuner i Oppland. Demografisk sammensetning er en av forklaringene til hvorfor enheten ligger så vidt høyt på andel av netto driftsutgifter i kommunen. En annen forklaring er gode tjenester. Enheten ønsker å videreføre de gode tjenestene, men tror at gjennom omorganisering og teknologisk utvikling det er mulig å komme ned mot samme andel netto driftsutgifter som snittet av Oppland kommuner.

Hvordan nå økonomiske mål?

- Satse på teknologi som erstatning ikke som supplement.
- Ekstern / Intern gjennomgang av tildelingskontoret.
- Langsiktige planer på rekruttering/ beholde
- Forholde seg til pleiefaktor og vedtakstid.
- Forankre økonomisk tankegang i hele enheten.
- Gjennomføre vedtak om Multidose.
- Se på større omorganiseringer internt (Hjemmetjenesten).

#### 9.1.1 Satse på teknologi som erstatning, ikke som supplement.

Omsorgssektoren står foran store omveltninger og utfordringer. Antall eldre vil stige betraktelig, samtidig som antallet i arbeidsfør alder vil synke. En slik utvikling betyr at enheten ikke kan ansette seg ut av utfordringene, da det ikke vil være personer nok å ansette. Den teknologiske utviklingen som har vært i enheten frem til nå har rettet seg mot teknologi som supplerer de ansatte i møtet med bruker. I fremtiden må det satses på teknologi som erstatter enkelte arbeidsoppgaver samt endrer arbeidsmetoder for ansatte. En virkelighet hvor pasienter får mindre "ansikt til ansikt" tid med pleiepersonell er ikke nødvendigvis ønskelig, men det blir helt nødvendig. Enheten må kritisk gå igjennom hva pleiepersonell MÅ gjøre, og hva teknologi KAN gjøre. Må områdene vil være enhetens kjerneområde, mens alt teknologien kan gjøre, skal den gjøre i fremtiden.

#### 9.1.2 Ekstern / intern gjennomgang av tildelingskontoret.

Tildelingskontoret i Nordre Land er grunnlagt etter en bestiller – utfører modell. Skal en slik organisering fungere mener KS (KS 2004: Veileder om bestiller – utfører organisering i pleie og omsorg) at det bør innføres et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller – oppgaver) på den ene side, og tjenesteproduksjon (utføreropp-gaver) på den annen side. Tildelingskontoret vil da kunne få en rolle mer lik ordinær innkjøp/anskaffelse. Ut i fra en slik tenkning kan kontoret være en kunde, med kompetanse til selv å kunne identifisere beste leverandør. Men KS påpeker også at tildeler skal være en konstruktiv samarbeidspartner med evne til å identifisere brukerbehov og som forholder seg til innbyggerens rettigheter og krav til omsorgstjenester. Balansegangen mellom å være kunde og samarbeidspartner er vanskelig.

Det er Tildelingskontoret som bestiller alle tjenester som skal utføres i enheten. Inne på Landmo tildeler kontoret plass (korttid – langtid). For hjemmetjenestene tildeler de vedtak på hva som skal utføres. En granskning bør derfor ha som mandat å se på hvordan vedtakene på tjenester i

Nordre Land er (jfr. søknadsskjema om helse- og omsorgstjenester) sammenlignet med andre kommuner. De svarene en ekstern gjennomgang kommer med må så bli en politisk sak. Hvilket tjenestenivå enheten skal ligge på bør ikke defineres av enheten selv, men ha politisk styring. Typiske spørsmål som kan dukke opp, er om brukere skal ha krav på dusj hver uke eller annenhver uke. Om bruker skal ha hjemmehjelp hver 14 dag, eller månedsvis osv. Personellbehovet (det økonomiske behovet) til hjemmetjenestene avhenger av hvilket tjenestenivå som velges. Utsagn som "vi skal levere gode tjenester" vil ikke være spesifikke nok, men reise spørsmål om hva er gode tjenester? Er det politisk enighet om at for eksempel dusj hver 14 dag og hjemmehjelp en gang per måned er gode tjenester, så vil enheten kunne kutte ned på bemanning og bruke mindre av kommunens netto driftsbudsjett.

#### 9.1.3 Langsiktige planer for rekruttering / beholde.

Det å ansette nye medarbeidere er noe av det dyreste enheten gjør. Ansettes det en medarbeider som blir værende i enheten i 20 år, så "kjøper" enheten en vare til over 10 millioner (i dagens penger). I en slik prosess er det viktig å sikre at investeringen er best mulig. Annonsering, intervju og referanseinnhenting er sentrale elementer. Når en skal investere i noe som kan koste 10 millioner er langsiktighet det viktigste elementet. Behovet og tilgangen må kartlegges og "panikkjøp" må unngås. Enheten må finne rett person med rett kompetanse til riktig stilling. Ser en på en investering til 10 millioner, blir annonse og intervju kostnader som småpenger å regne. Bruker en mer penger i denne fasen er det en mulighet for at en kan gjøre en bedre investering.

#### 9.1.4 Forholde seg til pleiefaktor og vedtakstid.

Ved å vedta en felles utregningsmåte og en ensartet standard for pleiefaktor og vedtakstid blir det mindre rom for synsing og antagelser i spørsmål knyttet til bemanning. En vil i tillegg kunne se litt inn i fremtiden. Muligheten til å se inn i fremtiden ligger i at enheten ved utregning av pleiefaktor og vedtakstid også vil kunne se hvor høy vekst av brukere som skal til før det må økes i bemanning. Dette sikrer en langsiktighet i forhold til bemanning. Enheten vil i mindre grad måtte gå politiske runder midt i et budsjettår fordi det har oppstått et behov, men vil i budsjettprosessene kunne si noe om hva pleiefaktor og vedtakstiden er pr i dag, og hvor mye vekst enheten tåler.

#### 9.1.5 Forankre økonomisk tankegang i hele enheten.

Skal enheten nå sine økonomiske mål, er det viktig at tenkning og fokus tilknyttet økonomi er gjennomgående i hele enheten. Økonomi skal ikke være noe ledelsen er opptatt av, men en av grunnpilarene i hele organisasjonen. Det er ikke slik at det er leder som bruker penger, og dermed bør være opptatt av økonomi, det er de ansatte som gjennom sine hverdagslige valg bruker penger. Gjennom hele 2014 har enheten sammen med økonomiavdelingen tillagt avdelingslederne flere oppgaver knyttet til økonomi. Nå er det avdelingslederne som attesterer regninger, de setter opp eget budsjett og må selv rapportere på økonomisk utvikling i egen avdeling. En slik fordeling av ansvar og myndighet nedover i linje tror enheten er et skritt på veien mot å forankre økonomisk tankegang i hele enheten.

#### 9.1.6 Gjennomføre vedtak om multidose.

Enhet Omsorg og Rehabilitering har et kommunestyrevedtak på å innføre multidose i hjemmetjenestene. Skal dette vedtaket ha gunstige økonomiske konsekvenser må 1 til 2 årsverk overføres fra hjemmetjenestene til institusjon. Antallet årsverk er det som er beskrevet som innsparingspotensial i den opprinnelige saken. Enheten venter nå på at Tieto (som leverer



Gerica) skal tilrettelegge for multidose i sitt datasystem. Denne tilretteleggingen vil være et samarbeid med Apotek 1, og gjøre at enheten kan administrere multidose gjennom eksisterende datasystem. Forhåpentligvis er dette klart tidlig i 2015. Enheten vil da gradvis kunne starte en implementering av multidose. Det er noe tvil om innsparingspotensialet som er beskrevet i saken. Det kan fort vise seg at de økte kostnadene i forbindelse med multidose på lang vei vil "spise opp" innsparingspotensialet. Men enheten bør fortsatt jobbe mot multidose, da flere av kommunene som har innført slik løsning rapporterer om færre avvik knyttet til medisinerbruk.

#### 9.1.7 Se på større omorganiseringer internt.

Enheten må se på om det er andre måter å organisere virksomheten på i forhold til bruken av penger. Finnes det for eksempel innsparingspotensialer i å slå sammen eller dele opp eksisterende virksomhetsområder. Innenfor denne utviklingsplanen er det hjemmetjenestene enheten vil se på om det er hensiktsmessig å slå sammen. Effekter, fordeler og ulemper blir beskrevet under pkt. 10.

## 10 OMSTILLINGER / STØRRE PROSESSER.

Enhet Omsorg og Rehabilitering drives på en god måte. Men god kan bli bedre og bedre kan bli best. Så at driften er god i dag må ikke bli en hvilepute for morgendagen. For at kvaliteten og økonomien i enheten skal kunne bli bedre er det nødvendig å ta noen større strukturelle grep. Enheten anbefaler:

- Sammenslåing av hjemmetjenestene med lokalisasjon Dokka



### 10.1 Sammenslåing av hjemmetjenestene.

En samling av hjemmetjenestene til Dokka er det største strukturelle grepet enheten ønsker å gjøre i utviklingsplanperioden. Det er organisatoriske, kvalitetsmessige og økonomiske grunner til at enheten finner endringen nødvendig.

#### 10.1.1 Fordeler ved sammenslåing av hjemmetjenestene.

##### Organisatoriske:

Ved å samle hjemmetjenestene vil enheten organisatorisk kunne benytte personell-ressursene på en bedre måte. Slik det fungerer i dag kan det være mangel på personell i Torpa en dag, mens det er godt med personell på Dokka. En annen dag kan det være motsatt. Så lenge avdelingene er separate klarer ikke enheten å få den nødvendige flyten av personell som gjør at det blir riktig kompetanse på rett sted til en riktig pris. En samlet tjeneste vil starte dagen med "blanke ark" og en større personellressurs å fordele ut hver dag. Med en større base av personell vil en samlet avdeling kunne fordele kompetansen jevnere. Vikarpoolen blir også større slik at det blir enklere å dekke opp ekstravakter. Ved at avdelingene samles kan en også få synergier på ledersiden. En samlet avdeling blir for stor for en leder, (ca. 65 ansatte) men to ledere vil kunne jobbe mer i et team og de kan trekke veksler på hverandre. Slik hjemmetjenestene er i dag er det begrenset hvor mye lederne har med hverandre å gjøre. Det er lettere å gjøre slik man "alltid" har gjort når en sitter alene. En leder som jobber alene kan være bra, men blir sjelden bedre. Et lederteam vil kunne utfordre og nyttiggjøre hverandre. Enheten ser hvor gode effekter økt samarbeid mellom lederne på sykehjemmet gir, og tror mye av de samme effektene vil kunne

komme hjemmetjenesten til gode. Ved et lederteam med ansvar for hver sin sone vil mange av de tingene som fungerer i dag kunne beholdes, i tillegg til at lederne gjennom et fellesskap kan gjøre hverandre bedre.

Selv om hjemmetjenestene samles med hovedbase på Dokka blir ikke behovene i Torpa mindre. Enheten er helt klar på at en samling av tjenestene ikke vesentlig skal forringe tjenestetilbudet i Torpa. Spesielt Korsvold omsorgssenter vil kreve personell store deler av døgnet. Det vil derfor være nødvendig at noe personell møter direkte på Korsvold morgen og aften, og ikke tar turen via Dokka. Det naturlige er at en del av de som bor i Torpa møter på Korsvold - ikke alltid, men ofte. Mobil pleie gjør at dette enklere lar seg gjennomføre. Om noen ansatte hver dag henter telefonen på Korsvold eller Dokka har mindre betydning. På denne måten sørger enheten for at beredskapen i Torpa ikke blir dårligere selv om tjenestene samles. Spisepauser og lignende må også de som har Torpa- lister på dag og kveld avholde inne på Korsvold.

På nattevakter bør begge ansatte møte på Dokka. Ved at tjenestene samles blir distriktet og kjøreavstandene større, spesielt på natt. Men en kan da kjøre to ansatte sammen på natt. Dette vil være bra i forhold til sikkerhet, kompetanse og ved evt. fall på natt. Det er vanskelig å få opp en bruker som har falt alene. Skulle det være hendelser som oppstår samtidig på natt, vil det også være mulig å dele nattevaktene slik at en reiser et sted og den andre et annet sted. Sikkerheten vil fortsatt være bedre enn i dag gjennom at de to lettere vil kunne avtale med hverandre hvordan de skal holde kontakt, og når de forventer å være tilbake på base. En annen mulighet på natt er å legge en samlet hjemmetjeneste lokalisert til Landmo på natt. Da vil hjemmetjenesten inngå i natttjenesten på sykehjemmet. Ved oppdrag i hjemmetjenesten på natt, kan en sykepleier eller helsefagarbeider rykke ut avhengig av oppdragets art. En slik løsning er den som gir et størst innsparingspotensial.

#### Økonomiske:

En samling av hjemmetjenestene vil kunne gi et innsparingspotensial på 2 – 5 årsverk. I tillegg til 2 biler. Innsparingene vil skje gjennom 1-2 lister mindre på dagtid 5 dager pr uke, samt 1 liste mindre på kveld 7 dager pr uke. Grunnen til at de blir færre lister er fordi tjenestene samlet vil kunne fylle eksisterende lister bedre. 3,5 lister i Dokka trenger 4 ansatte, mens 3,5 lister i Torpa trenger 4 ansatte. Samlet vil tjenesten klare seg med 7 lister. Dette er en enkel utregning hvor kjøretid og logistikk utfordringer ikke er tatt med i betraktning. Men ser en mer matematisk på listesituasjonen har Dokka vedtakstid på ca. 20 timer på kveld. Det samme har Torpa (på det maksimale). 20 timer er for mye for 3, men 40 timer på 7 gir en vedtakstid på ca. 5,5 timer pr ansatt som er enhetens forslag til maksimal vedtakstid. 1 liste mindre på dag (5 dager pr uke) og kveld (7 dager pr uke) gir en innsparing på 2,4 årsverk. Klarer en samlet avdeling å kjøre med 2 lister mindre på dag, blir totalen 3,5 årsverk. I tillegg kan en forvente lavere kostnader knyttet til overtid gjennom at vikarmulighetene er flere. Denne innsparingen bør være tilnærmet 1 årsverk. Samler en natttjenesten til Landmo, trenger en bare en nattevakt for å betjene hele distriktet. Innsparingen på dette vil utgjøre 2 årsverk.

Enheten vil i tillegg spare ca. kr. 100 000,- på 2 biler mindre, men drivstoffutgiftene og vedlikeholdskostnadene på resterende biler vil gjennom en sammenslåing spise opp deler av denne innsparingen.

«Dette kan vi ikke spare oss ut av,  
dette må vi utvikle oss ut av»  
Fredericia kommune

### Kompetanse – kvalitet:

En samling av ansatte til en avdeling betyr en samling av kompetanse. Spesielt viktig blir det for sykepleierkompetansen. Det er ofte mangel på sykepleiere som tvinger avdelingen til dyrere og dårligere løsninger. Samler man alle sykepleierne i hjemmetjenestene under samme tak kan avdelingen bedre fordele sykepleierressurser utover døgnet og utover brukerne. Avdelingen vil også bli mindre sårbar ved sykdom og ferier. En del av de administrative oppgavene er også primært tillagt sykepleiere (eks. tiltaksplaner, apotek og lignende). Ved at avdelingene samles kan også disse oppgavene fordeles bedre. En del av de tingene som sykepleiere gjør på begge avdelingene kan en gjøre i en samlet avdeling. Ved at fagmiljøet blir større får avdelingen flere ressurspersoner og mulighetene for internopplæring og videreutvikling blir større. Et større og bredere fagmiljø vil også gjøre rekrutteringsarbeidet lettere. Fagpersoner søker seg gjerne til større fagmiljøer fordi disse er "tryggere" Det er for eksempel historisk sett vanskeligere å rekruttere sykepleiere til Torpa enn til Dokka. En samlet enhet vil fremstå større, tryggere og mer kompetent og således mer attraktiv. Samlingen av kompetanse vil også kunne gi noe økonomisk effekt. Når avdelingene skal innføre noe nytt trenger en pr i dag å sette ned grupper på hvert arbeidssted for å sørge for implementering. Slike grupper koster penger gjennom frikjøpt tid og ekstrainnleie. En samlet tjeneste trenger bare og sette ned en gruppe. Gruppen må trolig være noe større, men ikke like stor som to separate grupper. Slik vil innleiekostnader minske.

#### 10.1.2 Ulemper ved en sammenslåing

Å slå sammen to godt fungerende avdelinger betyr ikke at man ender opp med en godt fungerende. Slike prosesser skaper perioder med usikkerhet og mindre forutsigbarhet. Det kan vise seg at avdelingene ikke er så kompatible som en kunne anta og trivsel kan synke. En kan til og med risikere en periode med høyere sykefravær. Enheten vil vektlegge informasjon i dette arbeidet. Der informasjonen slutter, starter ryktene. Det blir derfor viktig med en tydelig informasjonsstrategi gjennom hele prosessen. Om det kreves oppsigelser, eller om årsverk skal reduseres ved hjelp av naturlig avgang må diskuteres og konkretiseres. Det beste vil være å nå innsparingspotensialet gradvis gjennom naturlige avganger. Kan en tidlig gå inn å si at det ikke får følger for eksisterende stillinger, øker sjansen for en god prosess gjennom at usikkerhet rundt livsgrunnlaget til den enkelte blir borte. Enheten får også en unik mulighet til sammenslåing gjennom flyttingen til Etnedal Sparebank sine gamle lokaler. Disse lokalene er ved noe investering og logistikk store nok til å huse begge avdelingene. Kan enheten tilby gode lokaler ved en eventuell sammenslåing, vil usikkerheten og mistroen synke. Så sammenslåing er ikke aktuelt før tilrettelegginger / ombygginger i lokalene er ferdige.

Samarbeid med ansattrepresentanter blir også viktig i en slik prosess. De tillitsvalgte må tas med i planleggingen og være en hørbar stemme gjennom hele prosessen. Frem til nå har ansattgrupper på hver avdeling blitt invitert til å komme med innspill. I denne prosessen har det kommet en del tilbakemeldinger både av positiv og negativ art. Slike grupper viser at de beste forslagene ofte kommer fra de som er nærmest brukeren, og må være stemmer som blir hørt i prosessen.

Et annet viktig ankepunkt mot sammenslåing er at det blir mer kjøring og mindre ansikt til ansikt tid med brukerne. At det blir mer kjøring er riktig, og et klart ankepunkt mot prosessen. Men den vil ikke nødvendigvis øke betydelig. Slik organiseringen er i dag er det bare 18 km (15 minutter kjøring) mellom avdelingskontorene. En så vidt liten avstand mellom avdelingene taler slik enheten ser det mer for en sammenslåing enn mot. At ansikt til ansikt tiden minsker er ikke nødvendigvis riktig selv om kjøretiden øker. Den største tidstyven i hjemmetjenestene er ikke kjøring, men administrative oppgaver. I KS rapporten FRYD i hjemmetjenestene er det presentert en sammenfatning av tidsbruken i hjemmetjenester. Direkte brukertid (ansikt til ansikt) er 42 % av arbeidsdagen. Indirekte brukerrettet tid som kjøring og dosering er 20 % av tiden, mens

administrasjon (dokumentasjon, pause, opplæring, møter, beredskap, overlapping/rapport) er 37 % av tiden. En sammenslåing kan gjøre at administrasjonstiden reduseres (trenger ikke like møter to steder og opplæring samlet er mer tidseffektivt). Reduseres denne med mer enn indirekte brukertid øker, kan en sammenslåing føre til mer kjøring og mer ansikt til ansikt tid.

Det siste viktige ankepunktet mot en sammenslåing er beredskap i Torpa, og da spesielt på Korsvold omsorgssenter. Dette er et ankepunkt som skal tas på største alvor. I sammenslåingsplanene må det ligge sikringsbestemmelser som gjør at beredskapen i Torpa ikke blir vesentlig svekket.

## 11 DEN ENKELTE AVDELING 2015 – 2019

Her vil avdelingene presentere sin tjeneste og de mål som er satt for de neste 4 år.

Avdelingene i Enhet Omsorg og rehabilitering skal fokusere på kompetanse, nærvær og samarbeid og være....

Sammen om morgendagens omsorg!



### 11.1 LANDMO OMSORG OG REHABILITERINGSSENTER:

Landmo omsorg og rehabiliteringssenter yter tjenester blant annet etter Helse- og omsorgstjenesteloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og Kvalitetsforskriften.

#### 11.1.1 Avdeling 1, 2 og 3, langtidsavdelinger.

Felles mål for langtidsavdelingene:

- Nærvær på 90 %
- Bedre samarbeidet innad i avdelingene
- Fokusere på dokumentasjonsarbeid

Og avdelingene fortsetter arbeidet med:

- Kompetanseheving innen demens
- Fokus på å rekruttere og beholde
- LEAN, fortsetter i Avd. 2 og Avd. 3, samt implementeres i Avd. 1 fra oppstart feb. 2015.

#### **Beskrivelse av avdelingene:**

Landmo omsorg og rehabiliteringssenter vil fra 01.02.15 ha tre langtidsavdelinger.

Det bor 18 beboere med enerom på hver avdeling. Avdelingsarealet er igjen oppdelt i to grupper med hver sine fellesareal og postkjøkken.

Avdelingene skal bestå av 15,8 årsverk hver, med mål om at 50 % av disse skal være sykepleierstillinger. Pr desember 2014 er fordelingen slik:

Avd. 1: 30 personer fordelt på:

- 38,5 % - 6 årsverk sykepleiere inkl. leder
- 61,5 % - 9,8 årsverk hjelpepleier/fagarbeidere

Tallene for Avd. 1 er et foreløpig estimat, da tilsettingsprosessen ikke er ferdig.

Avd. 2: 31 personer fordelt på: 5 stk. i 100 %

- 28,5 % - 4,5 årsverk sykepleier inkl. leder
- 38,6 % - 6,1 årsverk hjelpepleier/fagarbeider

- 9,5 % - 1,5 årsverk spesialhjelpepleier
- 15,8 % - 2,5 årsverk pleiemedarbeider

Avd. 3: 30 personer fordelt på: 4 stk. i 100 %

- 28,5 % - 4,5 årsverk sykepleier inkl. leder
- 46,2 % - 7,3 årsverk hjelpepleier/fagarbeider
- 7,6 % - 1,2 årsverk pleiemedarbeider
- 1,3 % - 0,2 årsverk assistent

Avdelingene gir tilbud om generell pleie for mennesker med alvorlig funksjonssvikt på grunn av alderdom eller sykdom. Langtidsavdelingene skal ut fra den enkeltes behov gi beboerne trygghet og omsorg i et miljø som stimulerer til rehabilitering, habilitering og aktivitet. Avdelingene skal også gi trygghet og verdighet ved livets slutt. Avdelingene skal sikre at omsorgen bygges på at hver enkelt beboer får individuell oppfølging med fokus på sine ressurser og behov, og at den daglige pleie og omsorg blir utøvd på en slik måte at beboerens livskvalitet blir ivaretatt (jfr. Kvalitetsforskriften). For å kunne få til dette er avdelingene avhengige av et nært samarbeid og god kommunikasjon mellom de ansatte, beboere og pårørende.

For å kunne møte de utfordringene som vil komme i fremtiden er det viktig at langtidspleieavdelingene har tilstrekkelig faglig kompetanse, og har fokus på å rekruttere og beholde autorisert personell. Ansatte skal ha en arbeidsplass hvor de trives og har muligheter for utvikling. Har langtidsavdelingene nok autorisert personell og fokus på kompetanseheving så vil det bidra til å opprettholde et miljø som er preget av respekt, trygghet og kompetanse for beboere, ansatte og pårørende.

Et viktig mål i årene fremover vil være å øke nærværsprosenten i avdelingene.

Langtidsavdelingene har i flere år vært preget av høyt sykefravær som kan ha negativ effekt for både pasienter i henhold til kontinuitet i pleien og for samholdet i avdelingen.

Fokuset på nærværet i avdelingen skal derved bidra til å styrke fagmiljøet og bidra til god kvalitet på tjenesten som ytes til beboerne.

Et felles mål for avdelingene vil være å hele tiden ha fokus på å rekruttere og beholde, og at det legges til rette for at de ansatte som ønsker kan jobbe på alle avdelinger. På den måten kan man bidra til å opprettholde engasjement og motivasjon blant de ansatte som igjen kan påvirke nærværsprosenten. For å få til dette er det viktig med godt samarbeid innad og mellom avdelingene. Langtidsavdelingene skal også skape forutsigbarhet for beboerne og ansatte ved å ha felles rutiner så langt det lar seg gjøre. Ved å tilstrebe dette så kan det bidra til godt omdømme og trygghet for alle parter, samt at alle avdelingene er "det beste stedet å bo/være".

Avdelingene vil fortsette med å ha fokus på LEAN som arbeidsmetode. Avd. 1 som er en nyopprettet avdeling så vil det være et eget mål å få implementert og forankre LEAN som et arbeidsverktøy.

Som tidligere nevnt i denne planen så vil antallet eldre i kommunen øke og det vil bli flere med diagnosen demens. Det antas at ca. 80 % av beboere på langtidsavdelinger også er diagnostisert med demens ([www.forskning.no](http://www.forskning.no), 16.02.14). For å imøtekomme behandling og pleiebehovet til denne pasientgruppen på best mulig måte så er et av målene til avdelingene at flere ansatte må tilegne seg kunnskap om denne pasientgruppen gjennom kurset Demensomsorgens ABC eller annen videreutdanning.

### 11.1.2 Rehabiliteringsavdelingen:

Ved Rehabiliteringsavdelingen ønsker man å jobbe mot disse målene:

- Redusere antall langtidsplasser mot 50 % korttidsplasser
- Opprette palliative sengeplasser
- Økt fokus på kompetanse

#### **Beskrivelse av avdelingen:**

Rehabiliteringsavdelingen består i dag av 20,6 årsverk fordelt på 36 ansatte hvorav 11 sykepleiere inklusiv leder og 25 helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Årsverkene er besatt med følgende fordeling:

- 25,7 % - 5,3 årsverk, sykepleier
- 9,7 % - 2 årsverk, spesialsykepleier
- 11,7 % - 2,4 årsverk, spesialhjelpepleier
- 48,5 % - 10 årsverk, hjelpepleier/fagarbeider
- 7,3 % - 1,5 årsverk, assistenter
- Aktivitør i 40 % stilling.

Av videreutdanning innehar avdelingen en sykepleier med palliasjon og en sykepleier med eldre og aldring, og en med diakoni. Blant fagarbeiderne er det tilleggskompetanse innen rus/psykiatri, eldreomsorg samt 2 med kreft/palliasjon.

Avdelingen har et spesifikt behov for videreutdanning innen akuttisykepleie.

Avdelingen har 22 sengeplasser, hvorav to dobbeltrom. Her ligger også de kommunale akutte døgnhospitalene, KAD.

Rehabiliteringsavdelingen skal dekke behovet for tidsbegrenset opphold ved Landmo.

Rehabilitering og opptrening, utredning og observasjon, medisinsk behandling og pleie ved akutt sykdom. Avdelingen skal også gi medisinsk behandling og korttidspleie for kronisk syke personer med sammensatte behov, samt gi nødvendig etterbehandling og oppfølging etter sykehusopphold. Avdelingen får ofte pasienter som skal ha pleie og omsorg ved livets slutt.

Per i dag har avdelingen en større beleggspersent av langtidsplasser enn korttidsplasser. Nå når enheten får en langtidsavdeling til, håper vi avdelingen kan få jobbe mer rettet mot rehabilitering.

KAD plassene har gitt avdelingen positive utfordringer. Det har skjedd mye i henhold til kompetanseheving av praktiske prosedyrer for de ansatte på LOR, mye nytt utstyr er innkjøpt og tatt i bruk etter åpningen april 2014. Dette har vært med og gitt enheten en bedre mulighet til å gi flere behandling i egen kommune.

Enheten har opprettet en øvingslab på avdelingen, med diverse utstyr for å øve på praktiske prosedyrer. På grunn av kapasitetsproblemer har det ikke vært anledning til å benytte rommet etter intensjon, men håper dette endrer seg i 2015.

LEAN ble innført i avdelingen høsten 2014.



**Kompetansefokus.**

For å kunne nå beskrevne mål om 50 % korttidsplasser og opprettelse av palliative senger er dette avhengig av faglig kompetanse. Rehabiliteringsavdelingen er en avdeling hvor døgnet kan være uforutsigbart og preget av ad hoc gjøremål. Dette betyr at et høyt kompetansenivå er viktig for å gi gode tjenester samtidig som man ønsker å rette fokus mot forebygging i forhold til korttidsplasser og rehabilitering.

**Redusere antall langtidsplasser mot 50 % korttidsplasser.**

Ved å redusere antall langtidsplasser mot 50 % korttidsplasser kan man jobbe mer målrettet med rehabilitering og oppfølging etter behandling fra sykehuspasienter. For å kunne jobbe målrettet med rehabilitering avhenger dette av riktig kompetanse og man ser at det er behov for å øke denne fagkunnskapen blant personalet. Videreutdanning, kurs og hospitering i rehabilitering må prioriteres i neste periode.

Som en konsekvens av Samhandlingsreformen kommer det oftere pasienter fra sykehus og tilbake til kommunen med behov for oppfølging. Mange av de pasientene har gjerne flere alvorlige diagnoser og er dårligere ved utskrivelse enn tidligere. Som en konsekvens av dette er det en utfordring for enheten å ha rett fagfolk på rett plass og til rett tid, i forhold til sykepleierdekning 24/7. Når det gjelder KAD plassene vil det sannsynligvis komme mer rus/psykiatri problematikk inn i avdelingen. God kommunikasjon med den interkommunale legevakt, fastlegene og psykiatrien i kommunen er en viktig del når det gjelder disse pasientene. Her kan det være aktuelt med "trygghetsplasser" noe som medfører at personalet må inneha spesialkompetanse for å gi gode tjenester til denne pasientgruppen.

I tillegg har man erfart på Rehabiliteringsavdelingen at «dagbehandling» er viktig for de pasienter dette angår. Dette betyr at om man har behov for en behandling man tidligere har fått på sykehuset nå kan gis på KAD. Dette kan typisk være intravenøs legemiddelbehandling som skal gis med jevne mellomrom. I tett samarbeid med hjemmetjeneste og fastleger vil det være et stort forebyggende aspekt i dette og gir en mer sømløs tjeneste for pasienten uten å måtte dra ut av kommunen for behandling.

**Opprettelse av palliative plasser.**

Enheten er et ønske og behov for å opprette palliative plasser som er spesielt rettet mot lindrende behandling og pårørende.

Enheten ønsker å opprette to palliative plasser lokalisert i Rehabiliteringsavdelingen, fordelt på to rom, samt oppholdsrom for pårørende.

Definisjon på palliasjon;

*«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.» (Helsedirektoratet, 2013)*

Gjennom opprettelse av palliative plasser ønsker enheten å oppnå kvalitativt bedre tjenester for pasienter i en palliativ fase av sykdommen og deres pårørende. Anbefalinger i "Standard for

palliasjon”, ”Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen” og ”Samhandling palliative enheter i sykehjem med fokus på kreftpasienter” må legges til grunn i planleggingsfasen.

Kompetansen i avdelingen per i dag er en sykepleier med videreutdanning i palliasjon og to hjelpepleiere med videreutdanning innen kreft/palliasjon. Optimal palliasjon forutsetter at personalgruppen innehar nødvendig faglig kompetanse, herunder kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, Helsedirektoratet).

#### Kvalitetssikring av dokumentasjon som redskap for å nå målene.

Det er krevende å kunne dokumentere riktig til enhver tid og huske alle detaljer. En mobil enhet med tilgang til pasientjournalen vil bidra til å sikre dokumentasjonen ved utdeling av medikamenter og være med på å frigjøre mer tid til pasientene. Lifecare Mobil Pleie benyttes av hjemmetjenestene i Nordre Land, som gir gode tilbakemeldinger. Utprøving av dette er noe avdelingen vil satse på som et prøveprosjekt inne på LOR. Dette vil bidra til å legge et grunnlag for fremtidige løsninger som eRom. Sjekkliste og informasjon føres direkte inn i journalen og forenkler rutinene.



#### 11.1.3 Soltun

Ved Soltun ønsker man å jobbe mot disse målene:

- Stabilisere nærvær på 90 %
- Være en aktiv avdeling
- Være en utviklingsavdeling innen velferdsteknologi for morgendagens omsorg

#### **Beskrivelse av Soltun:**

Avdeling Soltun er en skjermet avdeling for personer med en demenssykdom. Fra å ha vært en avdeling med 18 sengeplasser skal avdelingen flytte inn i nye lokaler og reduseres til 15 sengeplasser. Årsverk reduseres fra 18,1 til 16,1 årsverk.



Soltuns 16,1 årsverk består av følgende fordeling:

- 37,3 % - sykepleiere, 6 årsverk inkludert leder og demenskoordinator
- 55,9 % - fagutdannede, 9 årsverk, inkl. aktivtør 40%
- 6,8 % - ufaglært, 1,1 årsverk

Av ufaglærte er det 3 av 5 ansatte som har startet opp på sykepleierutdanning.

Blant hjelpepleier/fagarbeider er det en med videreutdanning innen eldreomsorg, en med psykiatri og en med kreftomsorg. En sykepleier har master innen sykepleievitenskap.

Fremover er det et behov for å rekruttere flere sykepleiere og fagutdannede med tilleggsutdanning og med erfaringer innenfor demensomsorgen. Kompetanse innenfor psykiatrien er også av interesse fremover i tid, da demens og psykiatri ofte er vanskelig å skille.

Avdeling Soltun skal flytte inn i nye oppussede, mer tilrettelagte og tilpassede lokaler innen 2014. Alle rom er malt i lyse farger med egne bad, noe som er en vesentlig bedring enn tidligere lokaler, der flere pasienter måtte dele bad/wc. Avdelingen har egen sansehage i tilknytning midt i bygget til bruk av pasientene. Sansehagen skal utarbeides og tilpasses våren 2015. Det blir viktig å utnytte de utearealene på best mulig måte, da dette skal være en hyggelig møteplass i



hverdagen og bidra til at pasientene opplever større grad av velvære, egenmestring og livskvalitet.

Avdelingen deles opp i to mindre team som er gunstig for denne pasientgruppen og pasientene får egne primær og sekundærkontakter for tettere oppfølging og pleie.

I samråd med sykepleier fra SAM-AKS-prosjektet, har avdelingen kommet godt i gang med å utvikle egne individuelt tilpassede holdningsplaner til pasientene. SAM-AKS er et klinisk samhandlingsprosjekt mellom alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Innlandet HF og sykehjem i Hedmark og Oppland. Hovedmål for prosjektet er å bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem med fokus på kartlegging og oppfølging av sykehjemspasienter. Aktuelle temaer for samhandling i SAM-AKS prosjektet er:

- Drøfting vedrørende pasienter
- Delta i refleksjoner og diskusjoner rundt faglige tema
- Bistå sykehjemmene i utarbeidelse og gjennomføring av opplæringsplan
- Innføre og bistå i gjennomføringen av strukturerte opplegg for utredning og behandling av pasienter
- Veilede forsknings og utviklingsprosjekter i sykehjemmet.

Kartleggingsarbeidet som må utføres i avdelingen er tidkrevende. Avdelingen ser allerede resultater og håper at kommunen blir en fullverdig del av dette samhandlingstilbudet. Man ser i dag et generelt behov for mer kunnskap om Eldres psykiske helse og demenssykdom.

Samhandlingsreformen viser ut forskjellene mellom første og andrelinjetjenesten, noe som gjør at samarbeid må foregå på en ny måte. Det handler om at pasientene med en demenssykdom og de ansatte skal få en enda bedre hjelp og oppfølging på sykehjemmet, samt bedret kompetanse. I dag er SAM-AKS prosjektet faset ut til 24 kommuner og 36 sykehjem i Hedmark og Oppland.

### **Nærvær.**

Avdelingen har satt seg som mål å stabilisere nærværet på 90 %. Gjennom bruk av LEAN skal de ansatte sees, lyttes til og være delaktige i eget arbeid. Dette er med på å videreutvikle og forbedre rutiner og arbeidsprosesser i avdelingen. De ansatte på Soltun skal ha en arbeidsplass hvor de trives og har muligheter for utvikling. Avdelingen innførte LEAN i september 2013, og har planer om å videreføre og fortsette det gode arbeidet som er lagt ned nå når avdelingen flytter inn i nye lokaler. Avdelingen har helt klart lyktes med LEAN, blant annet ved å strukturere og systematisere arbeidsoppgaver som skal utføres inn i egne lister. Dette for å få en mer forutsigbar hverdag. Avdelingen har blant annet gjennom LEAN prosessen redusert det totale sykefraværet fra 30 % i januar 2014 til nærmere 10 % i utgangen av året. Ved å sette fokus på nærvær også fremover, har vi som mål å stabilisere nærværet på 90 %.

### **Aktivitet.**

Et av avdelingens mål er å være en aktiv avdeling, hvor vi skal sette fokus på aktivisering av og med pasientene, samt opprettholde og gjenskape restevnen pasientene har tross sin demenssykdom. Pasientene skal få mulighet til å delta i individuelt tilpassede aktiviteter for å skape meningsfylte hverdager.

Avdelingen skal prøve ut musikkterapi i det daglige (1 dag i uka), der en ansatt i egen enhet som deltar på "Myskjaskolen", skal jobbe aktivt sammen med pasientene ved å ta i bruk musikk og sang. Målet for dette prosjektet er blant annet å kartlegge om bruk av musikk og sang har noen motiverende, forebyggende og behandlende effekt på for eksempel atferd



og reduksjon av medikamentbruk hos personer med demens. Vi erfarer at musikk betyr mye for den enkelte, og for enkeltmennesket verdifølelse og trivsel i hverdagen, men har pr. i dag ikke satt dette inn i et system. Avdelingen håper med dette musikkprosjektet å lære mer om hva musikk kan bidra med, sett i et behandlingsperspektiv og at avdelingens mål om å være en aktiv avdeling styrkes. Målet er også at avdelingens ansatte skal få økt kompetanse og implementere bruk av musikk i større grad enn tidligere i samhandling med pasientene.

### **Velferdsteknologi.**

Et annet viktig mål for avdelingen er å være en utviklingsavdeling innen velferdsteknologi for morgendagens omsorg. Avdelingen er så heldige å være "pilot" i samarbeid med lokal leverandør om å utvikle og ta i bruk et nytt varslingssystem bestående av ulike sensorløsninger innenfor velferdsteknologibegrepet. Ved å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger på avdelingen er dette i tråd med enhetens visjon «sammen om morgendagens omsorg». Avdelingen skal gjøre alt for å lykkes med de løsningene som er valgt, og målet er at pasientene skal føle økt trygghet og livskvalitet.

### **Demensplan 2015.**

Kommunen har sammen med Nasjonalforeningen, Nordre Land Demensforening startet opp pårørendeskoler i 2014. Dette har vært en suksess og er et tilbud som bør videreføres fremover for å øke kunnskapen om demens hos de pårørende. Pårørende til personer med demens ønsker råd og veiledning for bedre å forstå og håndtere sin hjemmesituasjon. Dette fører til større mestring og mindre henvendelser til hjemmesykepleien.

Mye har skjedd det siste året for å styrke demensomsorgen i kommunen. Kommunen har startet opp dagaktivitetstilbud, ansatt demenskoordinator, tatt i bruk GPS-spring, opprettet et tett samarbeid med lokal aktør i å utvikle og ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, kommunen har egen demensforening, og det er startet opp kurs for ansatte i Demensomsorgen ABC i samarbeid med Gjøvikregionen. Alt dette er store løfter innenfor demensomsorgen og i tråd med Demensplan 2015, noe som er viktig for kommunens omdømme og utvikling i årene som kommer.



## **11.2 HJEMMETJENESTENE**

Hjemmetjenesten i Nordre Land er delt opp i to soner, Dokka og Torpa med hver sin avdelingsleder og tilhørende personell. Hjemmetjenestene yter tjenester i henhold til loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, og er en del av omsorgstjenesten i Nordre Land Kommune.

### 11.2.1 Felles utviklingstiltak for planperioden.

#### Kreftsykepleie:

Enheten innehar pr. i dag en ansatt kreftsykepleier i 80 % stilling som har et tett samarbeid med hjemmetjenestene i kommunen, men dette dekker ikke behovene som har økt innenfor dette området. Man ser også at det i dag skrives ut mange fra spesialisthelsetjenesten som har store behandlingsbehov i hjemmet, og det skal sørges for mange sykepleietekniske prosedyrer. Dette er prosedyrer man vanligvis ikke har god trening i å utføre som sykepleier. I mange tilfeller kreves det spesialkompetanse, og man må tilstrebe å ha god kompetanse på området fordi enheten mener at kommunen skal være en pådriver for et helhetlig og sømløst behandlingstilbud for pasienter med behov for kreftomsorg og lindrende behandling. I denne perioden vil enheten øke

kreftsykepleier til 90 %, samt opprette kreftteam i hjemmetjenestene. Med disse tiltakene håper man å styrke det tverrfaglige samarbeidet og øke kunnskapsbasen nær bruker.

#### Rus/psykiatri:

Det er generelt et økende behov innenfor rus- og psykiatribehandling i kommunen. Denne gruppen pasienter kommer tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten, og som beskrevet i kap. 5 er denne gruppen ofte avhengig av tverrfaglige tjenester. Det er ofte slik at hjemmetjenestene er innom pasientene daglig og gjør derfor mange observasjoner. Begge hjemmetjenestene opplever behov for økte ressurser innenfor dette området, sammen med satsing på videreutdanning fremover. Man ser dette behovet gjennom hele døgnet på alle ukedager. En videre satsing på å utvikle samarbeidet på tvers av enhetene, er sentralt for gi best mulig hjelp til pasientgruppen.

#### Multidose:



Multidose er et hjelpemiddel som vil lette arbeidet i hverdagen. Dette vil frigjøre en del tid for sykepleierne som de igjen kan bruke på annet arbeid. Sykepleierne kan ta seg av andre viktige administrative oppgaver, som tiltaksplaner, IPLOS registrering osv.

#### E-lås

E-lås er noe hjemmetjenestene bør jobbe for da det vil minimere tiden de ansatte bruker på nøkkelhåndtering og vil samtidig medføre trygghet for både bruker og ansatt.



### 11.2.2 Hjemmetjenesten Dokka

#### **Beskrivelse av tjenesten:**

Hjemmetjenesten Dokka består av totalt 24,4 årsverk, inkludert avdelings sykepleier og Notushjelper. Av dette er det 9 stillinger som er 100 %. De resterende stillinger er stort sett fra 50 % og oppover. Fordeling av stillingene er:

- 44,8 % sykepleiere,
- 46,29 % hjelpepleier/helsefagarbeider
- 8,9 % er hjemmehjelp

Av hjelpepleiere/helsefagarbeidere er det 3 som har videreutdanning innen geriatri/eldreomsorg/demens, 1 som har videreutdanning innen psykiatri/psykisk helse og 2 som har videreutdanning innen rus/psykiatri. Av sykepleierne er det 1 som har videreutdanning i geriatri/aldring og eldreomsorg, 1 som har videreutdanning i klinisk spesialist, 1 som har videreutdanning innen psykiatri/psykisk helse, og 1 som har videreutdanning innen rusomsorg. Avdelingen har også 1 fagarbeider som har startet på sykepleierutdanning.

I avdelingen jobber det 4 over 60 år, 3 hjelpepleiere og 1 sykepleier. De innehar til sammen 3,35 årsverk. I løpet av 2015, er det ytterligere 2 som runder 60 år, de er hjelpepleiere, og innehar til sammen 1,86 % stilling. Dette tilsier at rekrutteringsbehovet til hjemmetjenesten er stort fremover.

Personalet ved Hjemmetjenesten Dokka er delt i to grupper etter det som er mest hensiktsmessig i forhold til brukernes geografiske plassering. Hjemmetjenesten har 13 leasingbiler til disposisjon.

Det stilles store krav til ansattes kompetanse og fleksibilitet for å møte brukernes behov på en forsvarlig måte. Det er stor variasjon i brukernes behov for tjenester og oppfølging.

Hjemmetjenesten Dokka har i dag ca. 180 brukere. Dette innebærer også arbeidet med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). To sykepleiere har definert en del av sin stilling til arbeid med rus og psykiatri.

Hjemmetjenesten tilbyr GPS sporing for personer med demens og tar imot trygghetsalarmer. Avdelingen har tatt i bruk LEAN som arbeidsmetode for å effektivisere og kvalitetssikre driften.

#### **Ved Hjemmetjenesten Dokka ønsker man å jobbe for følgende mål:**

- Øke trivselen og nærværet hos ansatte, og ha en nærværsprosent på over 90 %.
- Faglige gode og forutsigbare tjenester!
- Utnytte ressursene på en måte med god arbeidsfordeling.

#### **Mål 1: Øke trivselen blant kollegaer og ha et nærvær på over 90 %**

Hjemmetjenesten Dokka ønsker å ha fokus på nærvær, og ikke fravær. Det ønsker man å oppnå gjennom å jobbe for et godt arbeidsmiljø og en meningsfull hverdag for de ansatte. Dette ønsker avdelingen å oppnå gjennom å tilstrebe en organisasjonskultur som medvirker, og stimulerer til en verdibasert arbeidshverdag preget av arbeidsglede og aktivitet for medarbeiderne. Det er viktig å jobbe «smartere», og spille på hverandres kompetanse. Tilstedeværelse og bruk av den enkeltes spisskompetanse er viktige stikkord her. Man tror at læring, kompetanse og utvikling, er viktig i hverdagen for den enkelte ansatte. Gjennom å få en hverdag som inneholder dette, så vil også nærværet øke.

#### **Ved hjemmetjenesten Dokka ønsker man:**

- Å ivareta, samt heve kompetansen blant ansatte
- Å ha god kontinuitet i arbeidet
- Engasjerte og ansvarsbevisste medarbeidere
- Gode og fleksible arbeidstidsordninger
- At man ser og verdsetter hverandre

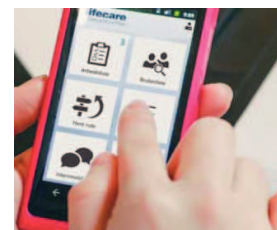
#### **Mål 2: Faglig gode og forutsigbare tjenester.**

Hjemmetjenesten Dokka ønsker å levere faglig gode og forutsigbare tjenester. I dette ligger det at en ønsker å tilby et helhetlig tjenestetilbud til bruker. God samhandling innad i tjenesten er viktig her. I tillegg til å utøve god sykepleie må man være faglig oppdatert og ha et tverrfaglig fokus. Bruker, pårørende og samarbeidspartnere skal føle seg imøtekommet og ivaretatt, og bli møtt av trygge og profesjonelle fagutøvere med god kompetanse. Bruker skal vite når noen kommer, og hvor lang tid oppdraget tar. For å kunne gi faglige gode og forutsigbare tjenester er det viktig at en opprettholder kompetansen blant de ansatte. Dette kan gjøres gjennom å tilby kurs, og oppfordre til å ta videreutdanning og få flere til å ta sykepleierutdanning.

#### **Mål 3: Utnytte ressursene på en måte med god arbeidsfordeling**

Hjemmetjenesten Dokka ønsker at bruker skal oppleve trygghet, tilgjengelighet, samordning og forutsigbarhet i tjenestetilbudet. Det skal tilstrebes og ha rett og tilstrekkelig kompetanse og bemanning for å møte brukernes behov. Elektronisk dokumentasjon skal være standard i tjenesteproduksjon og samhandling. Dokumentasjon er viktig, og det tar tid. Mobil pleie har vært med og gjort denne jobben enklere.

Alle oppdrag i Hjemmetjenesten Dokka utføres nå ved at ansatte benytter løsningen Lifecare Mobil pleie, der all nødvendig informasjon for utførelse av oppdragene, samt journalføring på utført oppdrag er tilgjengelig på en smarttelefon. Det gjør at en kan dokumentere besøket hos bruker med en



gang en har vært der. Dette er tidsbesparende, og medfører at en kan bruke tiden til andre administrative oppgaver når en kommer inn igjen på kontoret etter endt rute. Evt. endringer og justeringer av dagens kjørelister oppdateres automatisk på telefonene, slik at utførende personell til enhver tid har oppdatert oversikt over de aktuelle oppdrag. Informasjon om oppdragene, samt journalføring på utført oppdrag, kan også gjennomføres selv om telefonene er utenfor 3G/4G dekning. Eventuelle endringer i arbeidslister krever dekning for å kunne oppdatere seg. Om mobilen er uten dekning vil den automatisk oppdateres mot Gericia så snart den oppnår kontakt igjen med systemet.

Man opplever at kompetansebehovet har økt blant annet gjennom Samhandlingsreformen. Avdelingen ønsker å jobbe for å få flere sykepleiere inn i hjemmetjenesten. For å imøtekomme de økte kravene i forhold til Samhandlingsreformen, og i forhold til å nå våre interne mål ønsker man å styrke kompetansen. Man ønsker en sterk forankring i faglige miljøer og en grunnleggende pasient orientering som igjen kan bidra til en bedre helsetjeneste.

### 11.2.3 Hjemmetjenesten Torpa

#### **Beskrivelse av Hjemmetjenesten Torpa:**

Avdelingen yter hjemmetjeneste til innbyggere i alle aldre i Torpa og betjener Korsvold omsorgssenter (KOS) som har 20 leiligheter og 4 korttids rullerings rom. Det legges til at de fleste pasienter er over 80 år. Pr. dags dato er det 4 pasienter på overbelegg på KOS. Det er et ønske om at dette ikke skal fortsette etter 01.03.15.



De ansatte jobber i forskjellige soner; Vest, Aust, Nord Torpa og Korsvold 1,2 og 3. Tjenesteytere utfører arbeidsoppgavene etter ruter som beskrevet i Lifecare Mobil Pleie. Turnusen er 3 delt og det opereres med en hvilende nattevakt (brannvakt) på Korsvold inntil sprinklingssanlegg er på plass (2015). Hjemmetjenesten har sine vaktrom og medisinerom tilknyttet Korsvold omsorgssenter.

Hjemmetjenesten Torpa består av 20,8 årsverk fordelt på følgende:

- 37,5 % - 7,8 årsverk, sykepleiere inkl. leder
- 13 % - 2,7 årsverk, spesialhjelpepleiere
- 38,9 % - 8,1 årsverk, hjelpepleier/fagarbeider
- 11,1 % - 2,3 årsverk, hjemmehjelp/assistent/pleiemedarbeider/andre still.

Som vikarer disponerer Hjemmetjenesten Torpa ufaglærte, helsefagarbeidere og en sykepleier. I avdelingen jobber det 4 over 60 år, en er ufaglært og 3 er hjelpepleiere. De innehar til sammen 3,34 årsverk i avdelingen.

Det merkes en endring i profesjonsbehov etter at Samhandlingsreformen kom i forhold til at det pr i dag ikke er nok sykepleiekompetanse i avdelingen. Det er særlig aften og natt som er utfordrende da det kun er en sykepleier på aften og ingen på natt. Dersom en sykepleier er syk på aften, kan det være en utfordring å få tak i tilsvarende kompetanse. Dette medfører økte kostnader som følge av overtid. I forhold til natt så har det ikke vært praktisert å ha sykepleier i avdelingen, men det er grunn til å regne med at dette behovet vil forsterkes. Sårbarhetsfaktoren er stor når sykepleiere er i ferie eller syke og deres vakter blir altfor ofte erstattet med ufaglærte eller helsefagarbeidere. Dette er ingen heldig utvikling da sykepleieroppgavene har økt i omfang.



**Avdelingen har satt seg tre mål for neste periode:**

- Gi forutsigbare og gode tjenester.
- Øke trivselen blant kollegaer og ha en nærvær på over 90 %.
- Øke kunnskapen i Gerica til alle som jobber i hjemmetjenesten

**Mål 1: Øke trivselen blant kollegaer og ha et nærvær på over 90 %**

Hjemmetjenesten Torpa ønsker å ha fokus på nærvær, og ikke fravær. Det ønsker man å oppnå gjennom å jobbe for et godt arbeidsmiljø og en meningsfull hverdag for de ansatte. Dette ønsker avdelingen å oppnå gjennom å tilstrebe en organisasjonskultur som medvirker, og stimulerer til en verdibasert arbeidshverdag preget av arbeidsglede og aktivitet for medarbeiderne. Det er viktig å jobbe «smartere», og spille på hverandres kompetanse. Tilstedeværelse og bruk av den enkeltes spisskompetanse er viktige stikkord her. Man tror at læring, kompetanse og utvikling, er viktig i hverdagen for den enkelte ansatte. Gjennom å få en hverdag som inneholder dette, så vil også nærværet øke. Avdelingen vil sette fokus på å se hverandre. Opplevelsen av å bli sett og være betydningsfull er viktig for å ønske og komme på jobb.

**Mål 2: Faglig gode og forutsigbare tjenester.**

Hjemmetjenesten Torpa ønsker å levere forutsigbare og faglig gode tjenester. I dette ligger det at en ønsker å tilby et helhetlig tjenestetilbud til bruker. God samhandling innad i tjenesten er viktig her. I tillegg til å utøve god sykepleie må man være faglig oppdatert og ha et tverrfaglig fokus. Bruker, pårørende og samarbeidspartnere skal føle seg imøtekommet og ivaretatt, og bli møtt av trygge og profesjonelle fagutøvere med god kompetanse. Bruker skal vite når noen kommer, og hvor lang tid oppdraget tar.

For å kunne gi faglige gode og forutsigbare tjenester er det viktig at en opprettholder kompetansen blant de ansatte. Dette kan gjøres gjennom å tilby kurs, og oppfordre til å ta videreutdanning og få flere til å ta sykepleierutdanning.

**Mål 3: Øke kunnskaper i Gerica til alle som jobber i hjemmetjenesten**

For at driften av hjemmetjenesten skal foregå presist, trygt og økonomisk er avdelingen avhengig av at ansatte behersker Gerica mot Lifecare Mobil Pleie. Dette medfører nøyaktig vedtakstid og færre avvik. Det vil i tillegg si noe om bemanningsbehov for rutene.

Ved oppdatert informasjon i Gerica vil det bli lettere å jobbe opp mot målet om forutsigbare og gode tjenester, samt at avdelingen blir mindre sårbar i ferier og høytidsturnuser selv om bemanningen baseres på bruk av vikarer. Tjenesten har hatt et stort løft etter dokumentasjonsprosjektet som ble satt i gang etter tilsynet av fylkesmannen i 2013. Bruk og optimalisering av Gerica vil alltid være en kontinuerlig prosess. Avdelingen har et mål om at alle ansatte skal beherske:

- Generere arbeidslister
- Opprette nye, endre og avslutte tiltak
- Lage, avslutte og endre tiltaksplaner
- Midlertidig stopp
- Lese E-link

Avdelingen begynte med LEAN høsten 2014 og har kommet relativt godt i gang. Man merker allerede positiv effekt av dette verktøyet. Både arbeidsteknisk og i forhold til å ta ansvar for egen arbeidsplass og det å få være delaktig og være med å ta beslutninger. Avdelingen ser fram til videre arbeid med LEAN.



## 11.3 KJØKKEN OG VASKERI.

### 11.3.1 Kjøkkenet

#### **Beskrivelse av tjenesten:**

Mål:

- Lage god og riktig mat til våre brukere
- Kjøkkenpersonalet følger iblant maten ut i avdelingen.
- Fortsette med kok - server.

Landmo kjøkken består av to avdelinger:

- produksjonskjøkkenet ved Landmo omsorg- og rehabiliteringssenter
- mottakskjøkkenet ved Korsvold omsorgssenter.

Kjøkkenet har 8,5 årsverk inkl. en 100 % avdelingsleder

- 54,6 % - 4,64 årsverk, kokk inkl. leder
- 45,4 % - 3,86 årsverk, assistent

Avdelingen mener sammensetningen og antallet ansatte er godt balansert, og tilpasset den daglige produksjonen. Avdelingen etterstreber å gi brukerne et variert kosthold enten de bor på institusjon eller får bragt maten hjem. Ernæringsstatus er et fokusområde for enheten. Mange eldre spiser lite, og det er viktig med næringstett kost. Kjøkkenet oppfyller ønsker og spesielle behov fra brukerne så langt som mulig. Kosthåndboken – Statens ernæringsråds retningslinjer for kosthold ved helseinstitusjoner er hovedretningslinjene for kjøkkenet. Boken er lagt ut på alle avdelinger, samt digitalt på fellesområdet til alle ansatte.

Landmo kjøkken produserer og serverer stort sett maten samme dag, Korsvold omsorgssenter ligger en uke etter på menyen. Begge kjøkken har lik meny. I praksis betyr det at deler av middagene ved Landmo kjøkken vakumpakkes for lagring. Hver torsdag kjøres det til Korsvold omsorgssenter med det som trengs av neste ukes middag, samt kjølebager med middag til hjemmeboende i Torpa. Det leveres også varierende antall middager til 40 – 50 hjemmeboende hver uke. Maten leveres kjølt og har en holdbarhet på 2 uker.

På Korsvold drifter kjøkkenet et enkelt kantinesalg, mens det på Landmo er personalkantine.

I 2013 innførte avdelingen HACCP som kvalitetskontroll. Hazard Analysis Critical Control Points. Det omfatter all produksjon, renhold og hygieneregler. En starter nå opp med et dataverktøy som vil lette arbeidet med merking og næringsberegning av ulike retter. Dette kommer som krav fra myndighetene i 2016.

Hvordan det blir i årene framover er et usikkert bilde. Det som er sikkert er at det blir flere eldre. Trolig vil flere bo lengre hjemme, noe som vil kreve et større distribusjonsapparat for matombringning. En ser også en økende av matallergier som krever spesialkost.

### 11.3.2 Vaskeri.

Landmo vaskeri har 1,7 årsverk, fordelt på to stillinger.

Vaskeriet håndterer alt skittentøy fra beboere og ansatte ved Landmo omsorg- og rehabiliteringssenter, samt personaltøy fra begge hjemmetjenestene. I tillegg kommer sengetøy og håndklær fra brukere på tidsbegrensede opphold ved Korsvold omsorgssenter.

Enheten har pr. i dag et velfungerende vaskeri. Ved oppstart av ny avdeling vil det bli kapasitetsproblemer. En slik utvidelse av antall plasser på sykehjemmet vil medføre mer pasienttøy og personaltøy. For å møte denne økningen tar vaskeriet i bruk mer timer i døgnet, men det er utfordringer på den materielle siden. I dag er det et 230V anlegg i vaskeriet, men ved utskifting av utstyr vil anlegget måtte endres til 400V. Industrimaskiner leveres ikke lenger i 230V. Endringen av det elektriske anlegget i vaskeriet står på kommunens investeringsplan og koster ca. kr. 200.000,-. Enheten håper at denne investeringen kommer i 2015 slik at en kan starte en utskifting av maskinparken fra andre halvdel av 2015 og utover i planperioden.

## 12 OPPSUMMERING AV TILTAK (TILTAKSPLAN).

	MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
Kap. 3	Mer forutsigbar og transparent tjeneste	Innføre norm på minimumsbemanning. Politisk sak	Løses innenfor samlet bemanning/ramme	Høst -15	Enhetsleder OR	1
	Bedre kvalitet / rekruttere og beholde	100 % faglært arbeidskraft	Løses innenfor samlet bemanning/ramme	Kontinuerlig i planperioden	Avdelingsledere og HR	Uprioritert
	Minske deltidspromatikk, øke forutsigbarhet og øke nærvær	Opprette vikarpool Politisk sak	Omdisponering innenfor samlet økonomisk ramme. Oppretting av nye faste hjemler	2016	Avdelingsledere og enhetsleder	2
	Rekruttere og beholde	Innovative utlysninger	Innenfor gitte økonomiske rammer	Kontinuerlig i planperioden	Avdelingsledere, stab OR og HR	Uprioritert
Kap. 4	Redusere fare for uønskede hendelser / avvik	ROS - analyser	Innenfor gitte økonomiske rammer	Kontinuerlig i planperioden	Fagteam, avdelingsledere, stab og enhetsleder	2
	Effektivisere, sikre drift og utvikling	Gerica utvikling	Innenfor gitte prosjekt/driftrammer	Egen plan til 2017	Systemansvarlig og ledergruppe	1
	Økt bruk av IKT; Effektivisere drift, sikre kunnskap, informasjon og rekruttering	Trådløst nettverk Innkjøp av utstyr	Innenfor gitte økonomiske rammer	Fases inn 2015 – 2017, avhengig av økonomiske rammer	Fag- og kvalitetsutvikler, ledergruppe og IKT avd.	3
Kap. 5	Forbedre samhandling mellom enhetene og en sømløs tjeneste for brukerne	Opprette boveilederstilling Politisk sak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	Innspill til handlingsplan 2016/budsjett (avventes utviklingsplan til TT og FH)		
Kap. 6	Bo hjemme lengre i egen bolig	Økt bruk av omsorgslønn Prioritering i HP/budsjett	Økonomiske og brukermessige	2016	Tildelingskontor og NAV	1
	Bo hjemme lengre i egen bolig / leid bolig	Omsorgsboliger Politisk sak	Økonomiske, samfunns og brukermessige	2017	Ledergruppe	2

	MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
Kap. 7	Bo hjemme lengre i egen bolig	Sensorstyring for hjemmeboende Innspill HP/budsjett	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	Utredes/testes i 2015, fases inn fra 2016.	Enhetsleder, ledergruppe, Fagteam, IKT	1
Kap. 8	Nærvær over 90 %	LEAN arbeid Kontinuerlig fokus på nærvær	Innenfor gitte økonomiske rammer	Hele planperioden	Avdelingsledere, LEANveiledere, HR og enhetsleder	1
Kap. 9	Sikre riktig tjenestenivå	Gjennomgang av utvalgte tjenester i samarbeid med Tildelingskontor Innspill HP/budsjett	Innenfor gitte økonomiske rammer	2015 -2018	Rådmann, enhetsleder og Tildelingskontor	1
	Bedre utnyttelse av ressurser og redusere avvik	Gjennomføre vedtak om multidose	-	Oppstart 2015, ferdig implementert 2016	Ledergruppe, systemansvarlig	2
Kap. 10	Effektivisere drift og kvalitetssikre hjemmetjenestene	Sammenslåing av hjemmetjenestene - Konsekvensutredning - Politisk sak - Gjennomføring	Effektivisering Kvalitetsheving Innenfor gitt økonomiske rammer	Vår 2016	Enhetsleder	1

	MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
<b>Kap. 11</b>						
<b>Rehab.</b>	- Bedre tilbudet for brukere i terminal fase	Opprette palliative plasser Budsjettsak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2016, med oppstart 2017	Avdelingsleder, enhetsleder og fagteam	2
	Effektivisere/sikre dokumentasjon i Gericia	Teste Mobil Pleie i institusjon	Innenfor egne økonomiske rammer i 2015, mulig budsjettsak 2016	Utprøving 2015	Avdelingsledere, enhetsleder, fagteam og IKT	1
<b>Soltun</b>	Utvikle demensomsorgen	Økt aktivitet og fokus på musikk i avdelingen (prosjekt)	Innenfor egne økonomiske rammer	Januar 2015 – des. 2016	Avdelingsleder, sykepleier i prosjekt	1
	Videreutvikle Soltun	Sansehage	Innenfor prosjektramme	Våren 2015	Avdelingsleder	2
	Kompetanseheving i demensomsorgen	Delta i SAM-AKS prosjekt, SI <sup>2</sup>	Innenfor egne økonomiske rammer	Pågående	Avdelingsleder, demens- koordinator	3
<b>Hjemme tjeneste</b>	Øke kvaliteten i kommunal kreftomsorg	Økte ressurser til kreftomsorg Budsjettsak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015	Enhetsleder	1
	Økt effekt/nytte for brukeren av tjenesten innen rus/psykiatri	Bedre koordinering og samhandling av eksisterende tjenester.	Innenfor kommunens samlede økonomiske rammer.	2016	Rådmann, enhetsledere	2

<sup>2</sup> SAM-AKS, Klinisk samhandlingsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF og sykehjem i Hedmark og Oppland.

## 13 KONKLUSJON

Enhetens viktigste redskap i møte med fremtiden er alle de dyktige ansatte. Det er de daglige møtene mellom ansatte og brukere som vil definere tjenestetilbudet også i fremtiden. Utvikling av personalressurser og å gjøre dyktige ansatte enda dyktigere er hovedutfordringen fremover. Denne planen har sett på både utfordringer og løsninger for fremtidens omsorgstjenester. Da fremtiden er vanskelig å spå vil planen bli evaluert og rullert hvert år i planperioden. Slik håper enheten at det skal bli en «levende» plan som vil være med på å styre de valgene enheten skal gjøre fremover.

Planen har gitt alle ansatte konkrete mål og jobbe etter. Målene er avgjørende for at alle i enheten skal «dra i samme retning». Konkrete mål definerer retning, og gjør en robust enhet enda mer robust.

Det er en samlet ledergruppe i enheten som har vært arkitekter og forfattere av denne planen. En håper det har vært nyttig lesning og at interesseorganisasjoner, ansatte organisasjoner og politiske partier sammen med enheten vil bidra til at omsorgstjenestene i kommunen i fremtiden blir enda bedre enn i dag.

Enheten ønsker innspill og kommentarer til denne planen. En ser gjerne at temaene vil skape debatt, da det er ulike synspunkter på felles problemer som vil gi de beste løsningene for fremtiden.

På forhånd takk!

Dokka, 19.01.15

---

Audun A. Amdahl

---

Astrid Rønningen

---

Nina Lille-Homb

---

Marit Ødegård

---

Anne Berit H. Ødegaard

---

Tine Pedersen

---

Aila Furuseth

---

Bente Harstad

---

Tone Langedrag

---

Birgitte N. Wærner



## 14 BAKGRUNNSLITTERATUR.

### **Nordre Land kommunes planer/rapporter:**

- Kommunens Planstrategi 2012 – 2016
- "Kommunedelplan " Omsorg, Helse og Rehabilitering 2010-2013
- Fagrapport, kompetanse – Prosjekt Samhandlingsreformen (2013)
- Strategisk kompetanseplan i Gjøvikregionen (2013)
- Enhet Omsorg og Rehabilitering (2014) Sluttrapport. Prøveprosjekt-GPS-spring av personer med demens.

### **Nettsider:**

- eSenior Kunnskapsinnhenting for eSenior: Suksesskriterier ved pilotering av velferdsteknologi <http://www.esenior.no/?ItemID=1240>
- Helsedirektoratet rapport IS-2225, (2014) Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske område. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området/Publikasjoner/Anbefalinger%20offentlig%20rapport.pdf> Helsedirektoratet, (2013) "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2012) Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Publikasjoner/2012%2007%20Vedtatt%20velferdsteknologirapport%20IS-1990.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet Demensplan 2015, [http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan\\_2015.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf)
- Helsedirektoratet, nøkkeltall for helsesektoren, Rapport 2010. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nokkeltall-for-helsesektoren-2010/Sider/default.aspx>
- KS (2013). Veikart for velferdsteknologi. <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Velferdsteknologi/Veikart-for-velferdsteknologi/>
- KS-FoU rapport 2-2014: Rokkansenteret. Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? <http://www.ks.no/PageFiles/64652/RapportNyOppgavefordeling.pdf>
- KS, FRYD. <http://www.ks.no/fryd/>
- Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no/webview/>
- Legeforeningen, (2004) "Standard for palliasjon" <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Etske utfordringer med velferdsteknologi. [http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.kunnskapssenter.et.no%2Fpublikasjoner%2F\\_attachment%2F174128%3F\\_ts%3D1485715dacb%26download%3Dfalse&ei=PbeEVNSKlcn\\_vwOB0oD\\_oDw&usq=AFQjCNFbQ\\_MNdzt89hAT7YGI5y\\_NSVeww&sig2=J0FtqmoO3V-ElwL3lk4yMQ](http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.kunnskapssenter.et.no%2Fpublikasjoner%2F_attachment%2F174128%3F_ts%3D1485715dacb%26download%3Dfalse&ei=PbeEVNSKlcn_vwOB0oD_oDw&usq=AFQjCNFbQ_MNdzt89hAT7YGI5y_NSVeww&sig2=J0FtqmoO3V-ElwL3lk4yMQ)
- Norsk Helseinformatikk, Hva er NEL? [www.nhi.no](http://www.nhi.no)
- Norsk sykepleierforbund. eHelse strategi 2013-2016. [https://www.nsf.no/Content/1194902/NSF-341581-v1-strategi-ehelse\\_pdf.PDF](https://www.nsf.no/Content/1194902/NSF-341581-v1-strategi-ehelse_pdf.PDF)
- NOU 2011:11 (2012-2013) «Innovasjon i omsorg» <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Dokument/NOU-ar/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- SINTEF (2012) Rapport – Velferdsteknologi i boliger: Muligheter og utfordringer. [http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Velferdsteknologi\\_i\\_boliger\\_Rapport\\_revidert\\_120312.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Velferdsteknologi_i_boliger_Rapport_revidert_120312.pdf)
- Sosial og helsedirektoratet (2007). "Samhandling palliative enheter i sykehjem med fokus på kreftpasienter" [http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K\\_web/Lindrende/IS-1521.pdf](http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/IS-1521.pdf)
- Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>
- Stortingsmelding 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>
- Wikipedia – «samhandling» [www.wikipedia.no](http://www.wikipedia.no)
- [www.Tieto.no](http://www.Tieto.no)
- [www.forskning.no](http://www.forskning.no)

### **Bøker:**

- Ruland, C. M. (2000) Helse- og sykepleieinformatikk. Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Senge, P. M. (1991): Den femte disiplin: kunsten å utvikle den lærende organisasjon. Oslo. Hjemmets bokforlag

«I`m very interested in the future  
because I plan to spend the  
rest of my life there»

Sammen om morgendagens omsorg!

A word cloud of Norwegian terms related to care and community. The words are arranged in a roughly triangular shape, with the largest word 'SAMSPILL' at the top right. Other prominent words include 'UTVIKLING', 'RESPEKT', 'OMSORG', 'FORUTSIGBAR', 'INNOVATIV', 'MESTRING', 'NYSKAPENDE', 'ANSVARLIG', 'SAMARBEID', 'TRYGGHET', 'HELSEPERSONELL', 'VERDIGHET', and 'NORDELANDKOMMUNE'.