

Hverdagsmestring



Kristiansund kommune

I medvind uansett vær

Innholdsfortegnelse

1.	Notatets status.....	3
2.	Bakgrunn	3
3.	Nasjonale føringer	4
	Samhandlingsreformen (2009).....	4
	Morgendagens omsorg (2013).....	4
	Primærhelsemeldingen (St.meld. 26 2015 s. 9):	4
	Meld St. 15 (2017-18) Leve hele livet.....	4
5.	Utfordringsbildet.....	6
5.1.	Tjenestevekst og ressurstilgang i utakt.....	6
5.2.	Krevende kommuneøkonomi.....	6
5.3.	Sikre god brukermedvirkning	6
5.4.	Økende pågang på tjenester på grunn av økende antall eldre innenfor ulike pasientkategorier.....	7
5.5.	Økende pågang på tjenester til yngre personer	7
5.6.	For mange brukere/pasienter langt oppe i omsorgstrappen	8
5.7.	Forventnings gap mellom brukers og pårørendes forventninger og tjenestene som ytes	8
5.8.	Krav om gode overganger.....	8
5.9.	Balansere krav om utvikling og samtidig ivareta daglig drift	9
5.10.	Rekruttering og tilgang på kvalifisert personell	9
6.	Hvorfor?.....	10
7.	Utskrivningsklare pasienter	11
8.	Avvik og klagesaker	14
9.	Behov for å finne nye, bærekraftige løsninger	15
10.	Modell St Hanshaugen	16
10.1	Visuelle fremstillinger av dagens praksis –fra sykehus	18
10.2	Visuell fremstilling av ønsket praksis – fra sykehus	18
10.3	Visuell FREMSTILLING DAGENS praksis - funksjonsfall i hjemmet	19
10.4	Visuell FREMSTILLING ØNSKET praksis - funksjonsfall i hjemmet	19
11.	Om innovasjon i pleie og omsorg	19
12.	Muligheter i Kristiansund	21
12.1	Organisatorisk under Storhaugen helsehus?.....	22
12.2	Organisatorisk under hjemmesykepleien?.....	23

12.3	Organisatorisk i EN NY enhet?	23
12.4	det fjerde alternativet.....	23
13.	Forankring i egen organisasjon.....	24
14.	Anbefalt organisering og etablering i Kristiansund	25
14.1	Trinn 1.....	25
14.2	Trinn 2	26
14.3.	Trinn 3.....	26
14.4	Trinn 4.....	26
15.	Ulike organisasjonsmodeller for tildeling og utøvelse av helse og omsorgstjenester	26
15.1	bestiller/ utførermodellen (BUM)	26
15.2	DAGENS ORGANISERING AV TJENESTETILDELING	27
15.3	TILLITSMODELLEN	29
15.4	EKSEMPLER PÅ ORGANISASJONSMODELLER ETTER TILLITSMODELLEN..	32
15.5	Konklusjoner og erfaringer i Oslo	34
15.6	Erfaringer fra brukere av helse og omsorgstjenestene i Oslo.....	34
	Podkast	34
15.7	Medarbeidernes erfaringer.....	34
15.8	Ledernes erfaringer	35
15.9.	Systemutfordringer	35
15.10.	SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER ETTER PROSJEKT TILLITSMODELLEN	36
16.	Gevinst	37
17.	Behov for andre organisatoriske avklaringer.....	37

1. Notatets status

Notatet du nå sitter med er kommunalsjefens tanker, begrunnelser og anbefalinger hva gjelder «veien frem til modell St Hanshaugen». Når dokumentet blir ferdig, vil det ha status som delutredning i Helhetlig plan for helse og omsorg. Dette fordi dokumentet skal svare ut hvordan vi i Kristiansund skal få bukt med utfordringen rundt de utskrivningsklare pasientene. Det er Hovedutvalget for helse, omsorg og sosial som eier planprosessen. Hovedutvalget vil derfor bli forelagt dokumentet, først som utkast, deretter bearbeidet etter innspill.

Begrepet modell St. Hanshaugen avløses i dette notatet av begrepet Enhet for hverdagsmestring og/eller hverdagsmestringsenheten.

Notatets status er at dette er et høringsnotat som nå sendes ut internt for tilbakemeldinger fra enhetene, faggrupper, tillitsvalgte, verneombud mfl. Notatet beskriver et konsept. Det vil si at detaljer om tjenstedesign, pasientforløp mv. ikke vil bli svart ut her. De som velger å gi en tilbakemelding på konseptet, kan med fordel gi en tilbakemelding på viktige faktorer som må eller bør svares ut tidlig i prosessen.

Hva gjelder arbeidsmiljøhensyn og personalpolitiske hensyn, legges Retningslinjer for personalpolitikk ved omstillingsprosesser til grunn. Denne finnes å lese i sin helhet i Losen.

Notatet sier ingen ting om lokaler. Det er på det rene at en ny enhet må romme alle sine ansatte. Arbeidet med lokalisering vil pågå uavhengig av hvordan man velger å arbeide videre med nyetableringen.

Den interne fristen for å komme med innspill settes til mandag 2. september.

Kommunalsjefen vil da gå igjennom innspillene og notatet vil bli justert i forhold til disse. Dersom innspillene strider imot vedtak i Bystyret 18.06.2019, vil de ikke bli hensyntatt i det videre arbeidet. Alle innspill vil legges ved i det videre arbeidet.

2. Bakgrunn

«Operasjon St Hanshaugen» ble i løpet av vinteren 2017/2018 et begrep blant enhetslederne i helse-, pleie og omsorg. Dette notatet er ment å skulle fortelle hva dette er, hvorfor, og ikke minst hva som skal til for å dreie innsatsen tilsvarende hos oss i Kristiansund kommune.

I tillegg vil dette notatet drøfte dagens organisering av tildeling av helse - og omsorgstjenester, og vurdere en såkalt «tillitsmodell» som ny alternativ organisering.

Pleie og omsorgstjenestene i Kristiansund er tradisjonelt organisert, og selv om ansvarsområdet, sektoren, omfatter langt mer enn eldreomsorg, vil dette notatet først og fremst ta for seg omsorgstrappen for den aldrende befolkning i Kristiansund.

St. Hanshaugmodellen har sitt hovedfokus på ivaretagelse av tildeling og utøving av tjenester til personer som er nye brukere av helse- og omsorgstjenester, samt eksisterende brukere som opplever en brå endring av sitt funksjonsnivå.

Tillitsmodellen retter seg mot å ivareta stabile hverdagstjenestene til hjemmeboende i nært samarbeid med den enkelte bruker. Modellene må derfor ses i sammenheng da de til sammen skal skape et helhetlig og treffsikkert tilbud til den enkelte både når behovet er stabilt over tid og i perioder da en opplever fall i funksjonsevnen og har behov for intensiv, målrettet og tverrfaglig hjelp for å gjenopprette funksjonen og mestringsevnen i hverdagen.

3. Nasjonale føringer

SAMHANDLINGSREFORMEN (2009)

MORGENDAGENS OMSORG (2013)

PRIMÆRHELSEMELDINGEN (ST.MELD. 26 2015 S. 9):

I denne meldingen legger regjeringen opp til en utvikling for en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste med vekt på teambaserte helse- og omsorgstjenester, nye arbeidsformer, bedre tilgjengelighet og mer og bredere kompetanse. Intensjon om økt grad av personorientering med vekt på hva som er viktig for den enkelte som mottar tjenester. Intensjon om å skape pasientens helsetjeneste: «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg»

Meld St. 15 (2017-18) Leve hele livet

Oppsummerer hovedtema som skal bidra til å gi eldre og deres pårørende økt glede, livskvalitet og trygghet i hverdagen:

1. **Muligheten til å velge:** Den enkelte skal gis større mulighet til å velge tjenesteyter, medvirke til innholdet til tjenestene, på hvilken måte den ytes og på hvilket sted og tidspunkt tjenestene gis. Det understrekes videre at det viktigste spørsmålet er «Hva er viktig for deg?» Det skal gis trygghet for at en får hjelp når en trenger det.

2. **Matglede for de eldre**

3. **De eldres helse- og omsorgstjeneste:** Det viktigste spørsmålet for å skape de eldres helse- og omsorgstjeneste er «Hva er viktig for deg?». Reformen skal

gi trygghet for å få hjelp når en trenger det og invitere til aktivitet og deltakelse og gi bistand til selv å mestre hverdagen til tross for sykdom og funksjonstap.

4. Pårørendeomsorg. Reformen skal legge til rette for tettere samarbeid om felles oppgaver mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten.

5. Alternative arbeidsordninger: reformen skal inspirere til å finne nye arbeidsordninger og ta i bruk ny teknologi, nye metoder og nye løsninger. Kommunene utfordres til å organisere seg slik at det blir større kontinuitet i tjenestetilbudet, med mykere overganger og færre å forholde seg til for dem som mottar tjenester.

4. Lokale føringer

I Kristiansund kommunes «Revidert plan for helse- og omsorg 2015-2018» er følgende mål, strategier og føringer vedtatt

Mål, strategier og føringer

- Kommunen skal effektivisere tjenestene gjennom optimalisering av prosesser, og bedre samhandling mellom enhetene og eksterne samarbeidspartnere. Effektiviseringsgevinsten disponeres mot å forbedre helse- og omsorgstjenestene for å møte framtidige lovpålagte tjenester.
- Pleie- og omsorgstjenesten i Kristiansund skal fokusere på et sterkt grunntilbud.
- Kommunen skal kunne tilby lovpålagte tjenester til den enkelte ut fra brukerens individuelle behov.
- Alle lovpålagte tilbud skal leveres med høy faglig kvalitet.
- Alle ikke-lovpålagte tilbud skal gjennomgå en evaluering og effekten skal sees opp mot andre tiltak i kommunen (eller i andre kommuner).
- I samarbeid med Helseforetaket og samarbeidende kommuner skal det legges vekt på å skape gode felles løsninger, som kommer innbyggerne til gode.
- Det er et viktig mål for kommunen at den enkelte skal få tilbud om bistand slik at det blir mulig å bo hjemme så lenge som mulig.
- Utvikling av pleie- og omsorgstjenesten skal bidra til å skape et grunnlag for aktivitet, tilgjengelighet og deltakelse fra både eldre og yngre.
- Kommunen skal ha fokus på helsefremmende tiltak som øker den enkeltes mestringsevne og selvstendighet.
- Tilrettelegging for både miljø- og kulturtiltak i samarbeid med frivillige skal prioriteres.

Når Kristiansund kommunen nå ser hen mot modell St. Hanshaugen - og Tillitsmodellen og velger å utrede disse har det sin bakgrunn i at modellen kan understøtte nasjonale og lokale målsettinger og strategiske veivalg:

- Legge til rette for at den enkelte skal mestre egen livssituasjon og bo lengst mulig i egen bolig.
- Omstille tjenestene til å realisere nasjonale og lokale mål om gode omsorgstjenester

- Større grad av innsats og ressurser tidlig i pasientforløpet, med fokus på forebyggende tiltak og optimalisering av pasientflyt

Den senere års utvikling med avhjemling av sykehjemsplasser og en dreining mot hjemmebaserte tjenester har altså sin forankring i revidert pleie og omsorgsplan. Det er grunn til å merke seg at planen ble laget helt i overenstemmelse med de nasjonale anbefalingene. Disse anbefalingene gjelder fortsatt.

5. Utfordringsbildet

5.1. TJENESTEVEKST OG RESSURSTILGANG I UTAKT

I Kristiansund kommune ser vi dette helt konkret da kommunene bare innenfor helsesektoren må ta store innsparinger. Ressurstilgangen er langt mindre enn tjenesteomfanget og veksten innenfor helse- og omsorgssektoren.

5.2. KREVENDE KOMMUNEØKONOMI

Våren 2019 har vært preget av spareprosjektet 2020-2022 der helse, pleie og omsorg har fått i oppdrag å utarbeide en sparepakke tilsvarende 44 mill. Denne ble behandlet i Bystyret 18.06.2019. Driften skal effektiviseres, arbeidsprosesser optimaliseres og utgifter skal tilpasses fremtidig kommuneøkonomi.

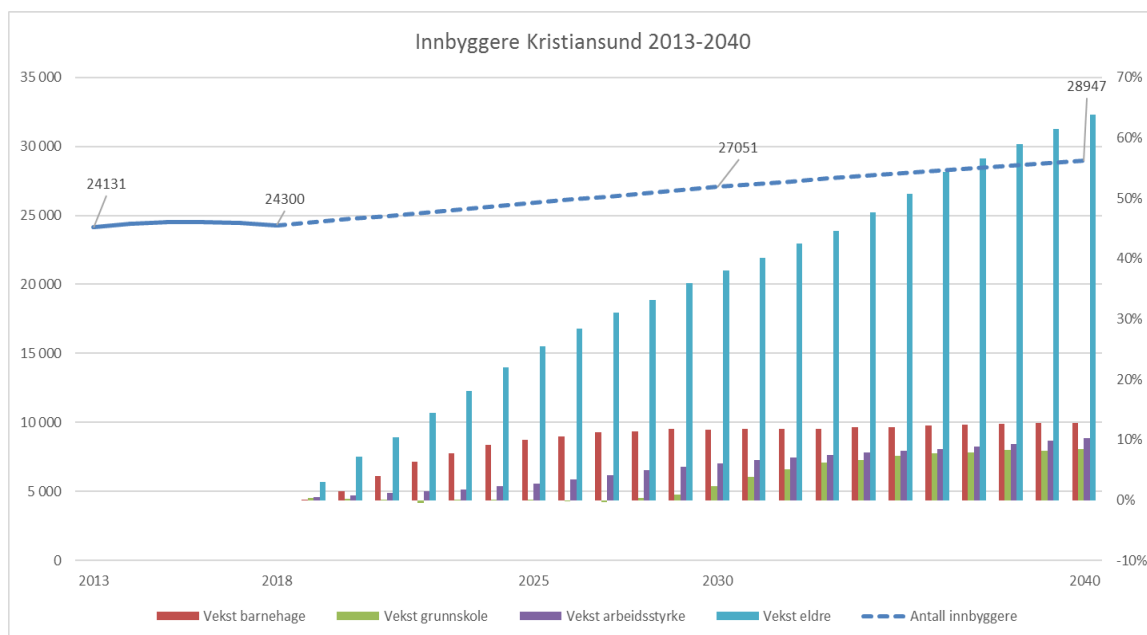
I tillegg til å gå gjennom organisasjonen for å komme frem til konkrete kutt, vurderes det at det samtidig må ses på organiseringen av kommunens tjenester for å imøtegå denne ubalansen. Ubalansen er forventet å øke i årene fremover dersom radikale grep ikke foretas. Denne utredningen av tillitsmodellen imøtegår dette kravet. Det er forventet at tjenesteveksten vil øke i takt med de demografiske endringene frem mot 2030 slik at kommunens organisering ikke bare skal kunne imøtegå dagens økonomiske utfordringer, men de endringer som vi må forvente de neste 10-20 årene.

5.3. SIKRE GOD BRUKERMEDVIRKNING

I pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 er brukere og pasienters rett til medvirkning og informasjon nedfelt i lovs form. En fremtidig organisering av tildeling og utøvelse av den enkeltes helse- og omsorgstjenester må sikre at dette ivaretas på best mulig måte ved å være opptatt av brukers mestringsevne, restfunksjoner og hva som er viktig for bruker. I stedet for å tenke «bruker i fokus» må man være opptatt av «brukers fokus». Kristiansund kommune har siden 2017 arbeidet med prosjektet Helhetlig pasientforløp som har som hovedfokus «Hva er viktig for deg?» Kommunene har således allerede hatt fokus på dette innenfor hjemmetjenesten noe som vil bidra til god drahjelp dersom man velger å implementere en modell som har brukarmedvirkning som hovedfokus.

5.4. ØKENDE PÅGANG PÅ TJENESTER PÅ GRUNN AV ØKENDE ANTALL ELDTRE INNENFOR ULIKE PASIENTKATEGORIER.

Den forventede eldtrebølgen er blitt et kjent begrep. I dette begrepet ligger det en forventning om at omfanget av tjenester til den eldste delen av befolkningen vil øke på bakgrunn av en økning av antall eldre.



For å imøtegå dette vurderes det at kommunen må ha tjenester som er treffsikre gjennom et økt fokus på brukarmedvirkning, forebygging og hverdagsmestring. Dette skal ivareta den enkeltes behov bedre. Samtidig må tjenestene kreve mindre ressurser å organisere og yte, slik at vi kan stå for en bærekraftig tjenesteproduksjon til tross for et økt antall eldre.

5.5. ØKENDE PÅGANG PÅ TJENESTER TIL YNGRE PERSONER

Samtidig som det er forventet en sterk økning i antall eldre tjenestemottakere ser man en økende andel yngre brukere med behov for tjenester. I Meld. St. 15 Leve hele livet s. 48 fremkommer det at det er ulikhet i tjenestetilbudet til yngre og eldre, da yngre brukere ofte krever mer omfattende tjenester. Dette underbygges av KOSTRA - statistikk for årene 2015-2017 for Kristiansund kommune. Den sterke veksten i yngre brukere av hjemmetjenester, er et av de tydeligste utviklingstrekkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene. Dette er i hovedsak et resultat av statlige reformer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune som har kommet i kjølvannet av reformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplan for psykisk helse og samhandlingsreformen. Denne yngre brukergruppen krever også tett samarbeid på tvers både internt i egen sektor og mellom sektorer.

5.6. FOR MANGE BRUKERE/PASIENTER LANGT OPPE I OMSORGSTRAPPEN

KOSTRA-statistikk for årene 2015-2017 viser at Kristiansund kommune har en lavprioritering på institusjonsplasser som i 2017 var 154? plasser. Kristiansund opplever et sterkt press på sine institusjonsplasser. I 2018 var det nødvendig å kjøpe 7? plasser i andre kommuner for å kunne tilby nødvendige institusjonsplasser og samtidig unngå et uforsvarlig antall utskrivningsklare pasienter som i hovedsak oppholdt seg ved Sjukehuset i Kristiansund. I 2018 var snittet på utskrivningsklare pasienter per døgn de første seks månedene oppe i 8. Dette gjenspeiler seg også i bruken av korttidsplasser, hvor man ved Storhaugen i perioder måtte opprette 7 ekstra plasser. For å oppnå dette måtte andre lokaler enn pasientrom tas i bruk, deriblant samtalerom og bad, noe som er uhensiktsmessig både for pasienter og ansatte. Man ser også at den gjennomsnittlige varigheten på et opphold er 4 uker, noe som indikerer et sterkt påtrykk på kommunens institusjonsplasser.

Et trangere nåløye for å få tildelt langtidsopphold i institusjon resulterer i et økt påtrykk på hjemmebaserte tjenester og avlastningstjenester. Sterke og fleksible hjemmetjenester som gis i tett samråd med brukerne, med en effektiv organisering vil være en nødvendighet for å kunne yte de tjenestene som befolkningen vil ha behov for i årene fremover.

5.7. FORVENTNINGS GAP MELLOM BRUKERS OG PÅRØRENDES FORVENTNINGER OG TJENESTENE SOM YTES

De siste årene har det politisk og i media vært sterkt fokus på brukerrettigheter og gjennom lov og forskrifter har det skjedd en styrking av rettighetene til enkelte tjenester. Ordningen brukerstyrt personlig assistent har blitt rettighetsfestet, det er nye lovbestemmelser om pårørendestøtte og retten til institusjonsplass er presisert i nye bestemmelser hvor formålet er å klargjøre og styrke brukerrettighetene.

Dette speiler seg igjen i publikums forventninger til tjenester, både av omfang, kvalitet og forventninger om at kommunen skal ha et større og mer variert tjenestetilbud som fanger stadig endrende behov i befolkningen.

5.8. KRAV OM GODE OVERGANGER

Et av hovedformålene med samhandlingsreformen var å skape sømløse overganger mellom nivåer. Også internt i kommunens organisasjon ser man at pasienter og brukere er mer sårbar ved overganger mellom kommunens enheter og ulike tjenestetilbud. Dette krever en organisasjonsform som sikrer kontinuitet og at så få personer som mulig følger pasienten gjennom hele forløpet. Det vurderes som særlig viktig å organisere sektoren på en måte som motvirker silotenkning, reduserer antall overganger og sikrer tverrfaglig samhandling i ethvert pasientforløp uavhengig av enhetstilknytning.

5.9. BALANSERE KRAV OM UTVIKLING OG SAMTIDIG IVARETA DAGLIG DRIFT

En omorganisering skaper lett uforutsigbarhet og vanskeliggjør den daglige drift. En omorganisering som griper inn i den daglige og nødvendige tjenesteproduksjonen krever en gjennomføring som sikrer at nødvendige tjenester som skal sikre forsvarlige helsetilbud til den enkelte organiseres på en måte som sikrer dette. I denne utredningen vil det derfor bli vist til anbefalinger fra andre kommuner som har gjennomført lignende reformer for å ivareta daglig, forsvarlig drift i en eventuell omorganiseringsprosess.

5.10. REKRUTTERING OG TILGANG PÅ KVALIFISERT PERSONELL

Det er en faktisk knapphet på profesjoner med 3-årig høgskoleutdanning innen helse og omsorgsfagene. For eldreomsorgen er det særlig knapphet på sykepleierressurser. Ved en ny organisering av helse- og omsorgssektoren vil man også se hen til hvilken organisering som kan være attraktiv for å tiltrekke ny arbeidskraft og samtidig bidra til å skape stabilitet blant ansatte.

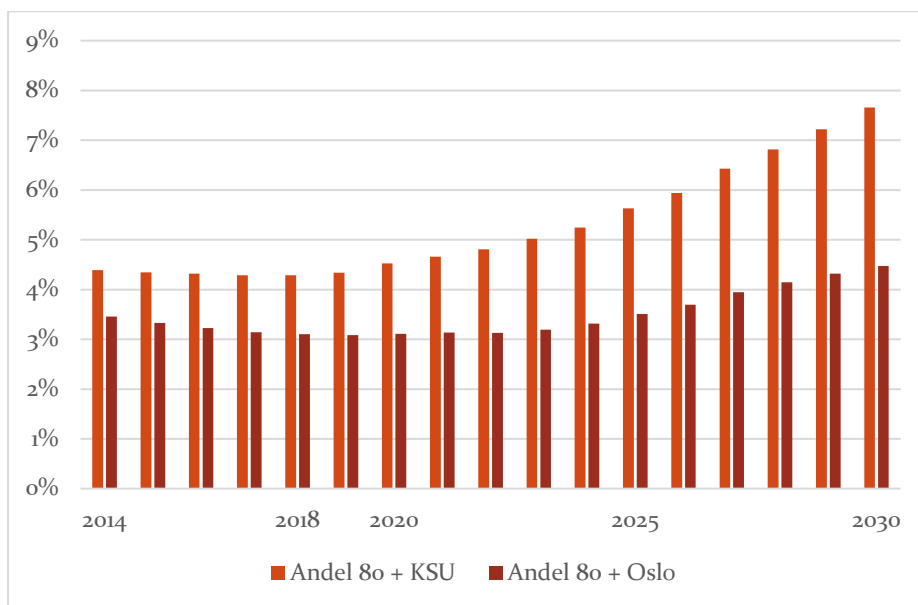
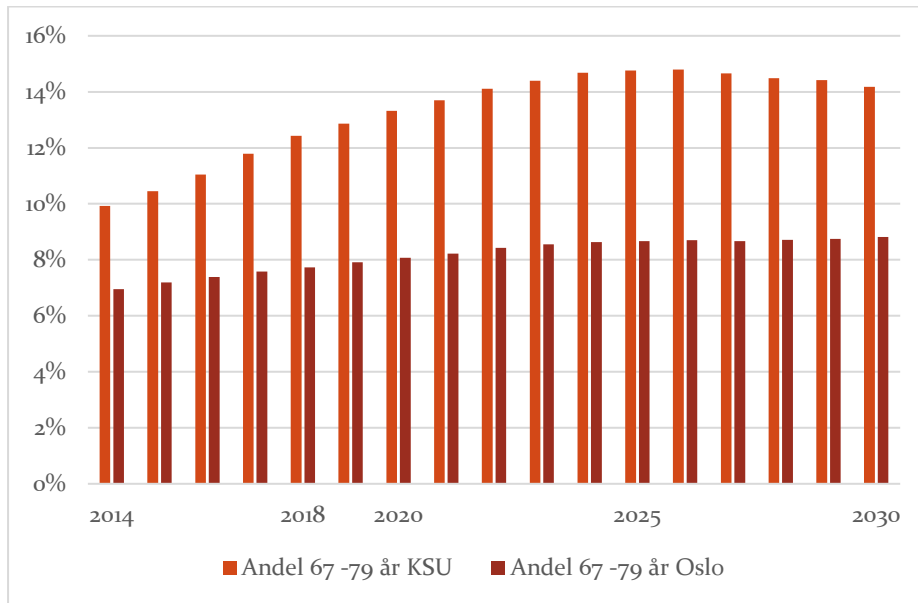
Tillitsmodellen gir økt ansvar og tillit til fagpersonalet. Det overlates til det tverrfaglige teamet som er nærmest pasienten å definere tjenestebehov, saksbehandling, samt ha faglig kvalitativt og ressursmessig ansvar for tjenesteytelsen.

Vi som har jobbet med eldreomsorg og organisering av disse de siste 15 årene, har brukt begrepet omsorgstrapp. I Kristiansund kommune opplever vi nok at vi har en ufullstendig omsorgstrapp som mangler et trinn eller to.

Bydel St Hanshaugen i Oslo har utviklet en organisasjonsmodell som denne gangen har gitt inspirasjon til det arbeidet vi selv har påbegynt i Kristiansund kommune. Bydelen har 38 000 innbyggere og er i så måte en bydel vi kan sammenligne oss med. På den annen side har bydelen en relativ ung befolkningssammensetning, et forhold som står i kontrast til befolkningssammensetningen i Kristiansund.

Alle data er hentet fra:

<https://www.ssb.no/befolkning>



Kommunalsjefen mener modell St Hanshaugen er så interessant for oss, tross ulikhetene mellom Kristiansund og bydelen, at vi skal forfølge ideen om å etablere en modell lik, eller tilnærmet lik St Hanshaugen.

6. Hvorfor?

Rådmannen i Kristiansund har lært oss betydningen av å forklare «hvorfor» når vi skal gjennomføre endringer. Greier vi å skape god forståelse av hvorfor, kan veien videre bli enklere, misforståelser kan unngås og opportunistene bli færre og/eller mindre dominerende.

I Kristiansund kommune gjør vi nesten alt riktig! Vi har tydelig strategi på arbeidet, vi har vist gjennomføringsevne, våget, satset og bygget opp det som i dag fremstår som robuste tjenester. De aller fleste med god kvalitet og i tråd med lov, forskrift og avtaleverk.

Utfordringen vår er at vi ikke er dimensjonert for etterspørselen og at vi driver for kostbart

Dette gjør at vi for ofte må ty til løsninger som fører til avvik. Vi har i løpet av vinteren 2017/2018 pådratt oss avvik der:

- hjemmeboende med vedtak om langtidsplass har vært nødt til å vente svært lenge på ledig plass
- hjemmeboende med vedtak om korttidsplass har ikke fått iverksatt tiltaket på grunn av kapasitetsmangel
- pasienter vedtak om langtidsplass som venter i, og opptar, korttidsplasser
- pasienter liggende i sykehus som er utskrivningsklare
- pasienter liggende i korridorer, på samtalerom og bad
- hjemmeboende pasienter med funksjonsfall, brått eller gradvis, som ikke godt nok blir fanget opp og ender som svingdørspasienter i sykehus

I kombinasjonen med befolkningsframskrivingen, erfaringer fra rekruttering og presset på økonomien vår, ser ikke kommunalsjefen annen mulighet enn å prøve ut andre organisasjonsformer og en annen måte å yte tjenestene på. Forklaringen på «hvorfor» ligger altså i kommunens egne avvik, i befolkningens behov, forventet press på tjenestene og i erkjennelsen av at vi må gjøre noe annerledes enn i dag. Forklaringen ligger ikke i at bydel St Haugen er fortreffelig eller feilfri. Det er den helt sikkert ikke.

7. Utskrivningsklare pasienter

Kristiansund kommune har i lang tid vært nødt til å jobbe mye med ad hoc løsninger for å ta hjem utskrivningsklare pasienter. Vi har siden høsten 2016 kjøpt 5 sykehjemsplasser av Aure kommune ved Tustna sykehjem. Vinteren 2017 inngikk vi avtale om å kjøpe tre plasser av Halså kommune, sommeren 2018 inngikk vi en avtale om å kjøpe 3 plasser av Gjemnes kommune. Plassene på Halså er nå avvirket på grunn av ombygging/ renovering på Halså sykehjem. Vi har også i en kort periode kjøpt 2 plasser av Sunndal kommune.

I tillegg har vi i lang tid hatt 5-7 pasienter i overbelegg på Storhaugen helsehus, i perioder gått med 1-3 i overbelegg ved sykehjemmene og sist; etablert 3 nye plasser på Barmanhaugen.

I perioden november 2017 – juni 2019 har 1910 (av kjente og/eller nye brukere) vært innlagt i sykehus, av disse ble 1261 tatt direkte fra sykehus til hjemmet. Disse har fått

oppfølging av hjemmesykepleien og har således ikke påført oss kostnader i form av å være utskrivningsklare. Vi skal ikke se oss blinde på tall, men disse tallene viser hvordan utviklingen har vært og hvor stort press det er på tjenestenivåene våre.

Fig 1

	Innlagt i sykehus	Utskrevet til hjemmet	Utskrevet til institusjon	Overført annet
nov.17	102	69	20	13
des.17	111	66	19	26
jan.18	114	82	25	7
feb.18	89	63	18	8
mar.18	69	51	10	8
apr.18	78	57	16	5
mai.18	99	70	19	10
jun.18	79	43	27	4
jul.18	82	48	22	8
aug.18	76	49	14	8
sep.18	83	50	22	8
okt.18	105	72	19	12
nov.18	80	59	12	4
des.18	106	71	25	7
jan.19	100	54	27	12
feb.19	91	54	20	6
mar.19	115	73	27	4
apr.19	101	74	17	5
mai.19	116	74	27	5
jun.19	114	82	8	9
Totalt i perioden	1910	1261	394	169

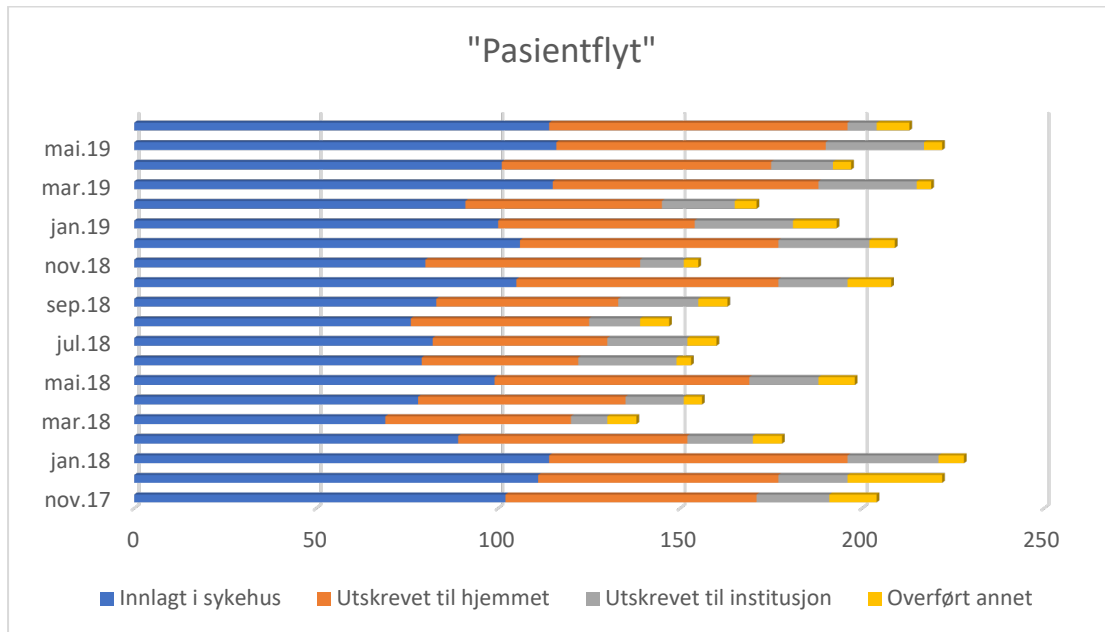


Fig 2

Når spesialisthelsetjenesten definerer seg ferdig med en pasient, er det kommunen som skal sørge for å gi helsehjelp og/ eller bistand. Samhandlingsplikten med helseforetakene er forankret i Lov om helse og omsorgstjenester kap 6.

Når sykehuset får et høyt belegg med utskrivningsklare pasienter, blir kommunen anmodet om å iverksette ekstraordinære tiltak som kan bidra til å ta ut flere pasienter. I Kristiansund kommune har vi utarbeidet vår egen «beredskapsplan» når dette skjer. Det er i slike tilfeller at vi tyr til korridorer og andre mer eller mindre ugunstige løsninger. Sykehuset skal fylle en akuttberedskap for innbyggere i nedslagsfeltet og dersom sykehuset er fullt med pasienter som skulle ha vært på et annet omsorgsnivå, trues denne beredskapen. Kristiansund kommune har valgt å strekke seg langt for å imøtekomme sykehuset.

Fenomenet utskrivningsklare pasienter har altså flere uheldige konsekvenser:

- Bruk av spesialisthelsetjenestens kapasitet til feil pasientgruppe
- Redusere akuttberedskapen til befolkningen forøvrig
- Ekstraordinære/ ad hoc løsninger stresser opp organisasjonen
- Samhandlingen og samarbeidet med avdelingene på sykehuset (sykehusene) settes på prøve
- Kommunens omdømme utfordres (negativ medieomtale, klagesaker til pasient- og brukerombud og til Fylkesmannen)
- Inneliggende utskrivningsklare pasienter er dyrt for kommunen
- Ekstraordinære tiltak for å bote på problemet er ikke finansiert

Fig 3, Oversikt over antall døgn med utskrivningsklare pasienter tilhørende i Kristiansund kommune:

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (6 mnd)
Døgn	925	1337	634	1532	1975	1819	2480	687
Gj sn/ døgn	2,5	3,6	1,7	4,1	5,4	4,9	6,8	3,8

8. Avvik og klagesaker

Kommunen har ulike måter å finne faktatall som sier noe om konsekvenser av å ha pasienter på ventelister.

Vi måles nå jevnlig i forhold til ventelister på sykehjemsplasser

Vi kan se i avviksloggene våre om det er meldt avvik som følge av at tiltak ikke kan iverksettes

Vi kan se på antall klagesaker som undersøkes av fylkesmannen om disse kan relateres til ventelister

Vi kan også telle opp hvor mange negative omtaler vi har fått i lokalpressen knyttet til ventelister

Uavhengig av hvilke metoder vi bruker, representerer avvikene brudd på lov, forskrift eller avtaleverk eller negative reaksjoner/ opplevelser som har vært så sterke at enkeltmennesker har valgt å henvende seg i form av en klage og/eller gått til media.

9. Behov for å finne nye, bærekraftige løsninger

Kristiansund kommune har i løpet av de par siste årene opplevd en svært stor etterspørsel etter tjenestene. Etterspørselen er forså vidt forventet siden vi har fulgt med på befolkningsframskrivninger. (Se pleie og omsorgsplan.)

I tillegg til et forholdsmessig høyt antall eldre, har vi levekårsutfordringer i kommunen. Summen av disse faktorene kan ha ført oss dit vi er i dag, der relativt mange av de eldre har store hjelpebehov.

Presset på kommuneøkonomien kjenner vi alle til. Det temaet vil ikke belyses ytterligere i dette notatet, annet enn at det er unison enighet i fagmiljøene om at ostehøvelprinsippet ikke fører frem. Her må hardere lut til.

Stortinget har vedtatt lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister. Dette ble gjort for å tydeliggjøre retten til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig.

Det fremgår av loven at pasient eller bruker har rett til slikt opphold dersom det etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste kommunale tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I disse tilfellene må pasienten eller brukeren tildeles plass og kan ikke settes på venteliste.

Den nye § 3-2a andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer en ny plikt for den enkelte kommune til å utarbeide kommunal forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Forskriften skal omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtids-opphold, men hvor pasienten eller brukeren kan bo hjemme i påvente av langtids-oppholdet. Det fremkommer også at vedkommende pasient/ bruker skal ha rett til vedtak. Vedtaket skal innebære at vedkommende er kvalifisert for langtidsplass og skal føres på venteliste. Ny § 3-2a fjerde ledd i helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å føre ventelister over pasienter eller brukere som venter på langtids-opphold.

10. Modell St Hanshaugen

Hva innebærer så denne modell St Hanshaugen?

Bydelen i Oslo sto for en del år tilbake, i samme situasjon som vi gjør i Kristiansund. De hadde store overforbruk på økonomien sin og opplevde et stadig økende press på tjenestene. Samtidig hadde de gjort gjentatte forsøk på å implementere hverdagsrehabilitering i tjenestene sine uten at de syntes å lykkes. Effekten av de gode intensjonene uteble. I tillegg avdekket de såkalte «hemmelige tjenester» i hjemmesykepleien. Noen hjalp brukerne langt mer enn de hadde vedtak på, og selv om slik hjelp gis i beste mening, ble det til en svøpe både for bruker og for tjenestene. Brukerne ble hjulpet inn i et avhengighetsmønster fremfor å hjelpe de til selvstendighet. Bydelen valgte å tenke radikalt. Derfor har de skilt ut en egen enhet for hverdagsmestring fra den ordinære/ tradisjonelle hjemmesykepleien.

De innså som sagt at de ikke lyktes med å implementere hverdagsrehabilitering i den vanlige hjemmesykepleien. I tillegg ante de en gryende skepsis til hverdagsrehabilitering som konsept; man så faren for at dette konseptet var for de få og ikke for de mange. I bydelen, som hos oss, var hjemmetjenesten planlagt med arbeidslistene for hver enkelt medarbeider. Disse arbeidslistene tok sjelden/ aldri høyde for at brukere ble utskrevet fra sykehus med mer eller mindre omfattende bruk for tjenester. Ei heller var arbeidslistene laget for å ta høyde for utløste trygghetsalarmer og/ eller at brukere fikk brå og uventet funksjonssvikt, og man så at kultur, organisering og arbeidspress i for liten grad la til rette for hverdagsrehabilitering. Dette er en beskrivelse vi kjenner oss igjen i her i Kristiansund. Vi organiserer oss som om det uventede ikke skjer, selv om dette altså er en del av normalen.

Som oversikten over (fig 1) viser, har vi tatt ut pasienter fra sykehuset direkte til hjemmet 411 ganger bare i 2019. Vi har ikke eksakte målinger på tidsbruk for sykepleierne ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet, men det antydes et sted mellom 1-3 timer alt etter hvor omfattende bistand brukeren må ha når han kommer hjem. Når roder i hjemmetjenesten får melding om pasient på vei hjem fra sykehuset, vil arbeidet dette medfører gå ut over arbeid som er planlagt inn i arbeidslisten. Bare for inneværende år utgjør de 411 utskrivningene et sted mellom 411 og 1233 timer medgått sykepleietid.

I bydel St Hanshaugen i Oslo er det enhet for hverdagsmestring som håndterer og følger opp samtlige pasienter som skrives ut fra sykehus til hjemmet. På denne måten har de organisert seg på en måte som gjør at «den vanlige hjemmesykepleien» får arbeidsro og forutsigbarhet til å gjennomføre planlagte oppdrag. Først når enhet for hverdagsmestring har fått stabilisert bruker på et funksjonsnivå der han/ hun i størst mulig grad kan være selvhjulpent, overføres brukeren til «den vanlige hjemmesykepleien». Det er ikke satt begrensninger i tid på hvor lenge en bruker kan

ha oppfølging av hverdagsmestringsteamet. Det legges vekt på god overføring mellom hverdagsmestring og hjemmesykepleien.

Enhet for hverdagsmestring er tverrfaglig bemannet dag og aften 7 dager pr uke. Det vil si at de blant annet har sikret seg mot brudd i rehabiliteringsforløpet og at bruker kan bli tverrfaglig vurdert på tider ut over ordinær kontorarbeidstid.

Den tverrfaglige bemanningen består av:

- Saksbehandlere
- Sykepleiere
- Fagarbeidere
- Ergoterapeuter
- Fysioterapeuter
- Velferdsteknologi - teknologikompetanse

I tillegg har de valgt å organisere enhetsovergripende funksjoner som for eksempel demenskoordinator og kreftkoordinator til denne enheten

Enheten håndterer altså alle inneliggende pasienter i sykehus innen både somatikk og psykiatri.

De mottar melding om inneliggende pasient

De reiser til sykehuset/ sykehusene og kartlegger pasient

Starter planlegging av utskriving (tilrettelegging av bolig, hjelpemidler, velferdsteknologi og ressurstilgang – eventuelt søknad om omsorgsbolig, sykehjem, kort- og eller langtidsplass)

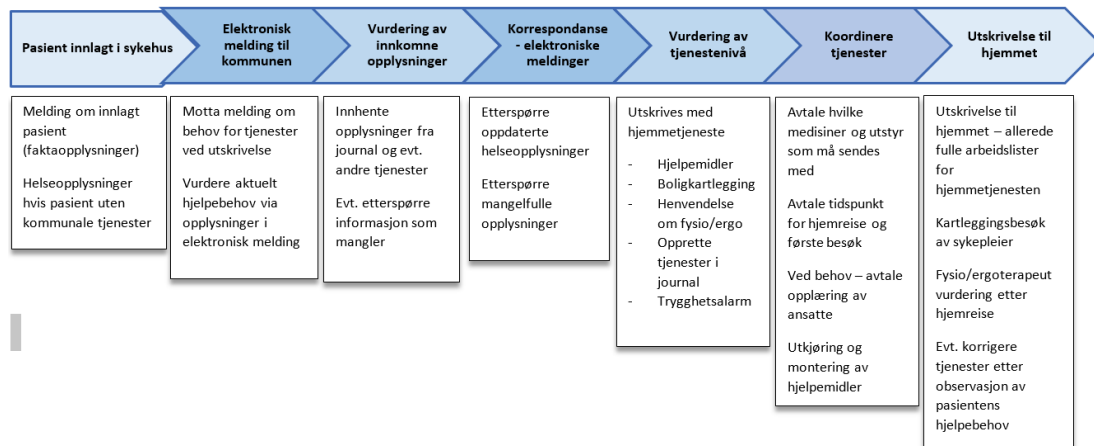
Følger opp pasient når denne er utskrevet der målet er å gjøre pasient mest mulig selvhjulpen

Når melding om utskrivningsklar pasient mottas, er hverdagsmestringsteamet klare til å ta imot pasient uten at dette rokker ved planlagte arbeidslister.

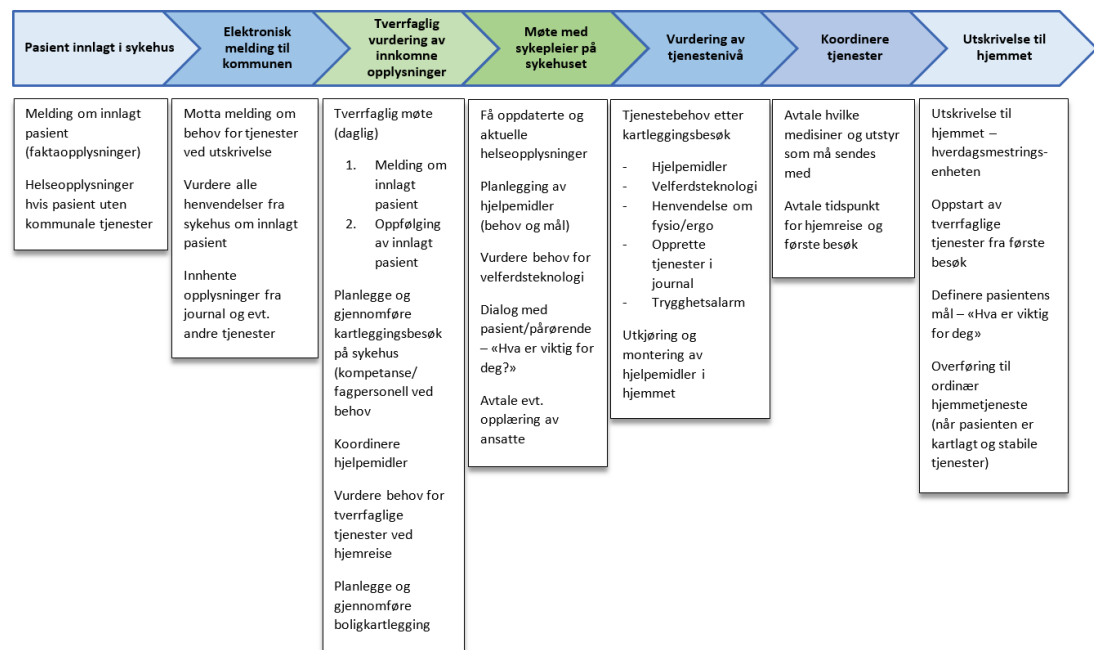
Enheten utgjør også bydelens boligkontor

Hverdagsmestringsenheten tar også imot henvisninger fra hjemmesykepleien når brukere får brå eller gradvise **funksjonsfall**. Gjennom sin tverrfaglige oppbygging / tverrfaglige bemanning, og en litt annerledes organisering, er enheten gitt muligheten til, og ansvaret for å arbeide for å redusere risikoen for ytterligere funksjonsfall hos brukere. Slike tiltak kan styrke brukers mulighet til fortsatt å kunne bo i egen bolig. Klarer vi å jobbe godt når vi oppdager funksjonsfall, vil dette også kunne forebygge sykehusinnleggelse. Vi har så langt i år hatt et gjennomsnitt på 106 pasienter innlagt i sykehus pr mnd.

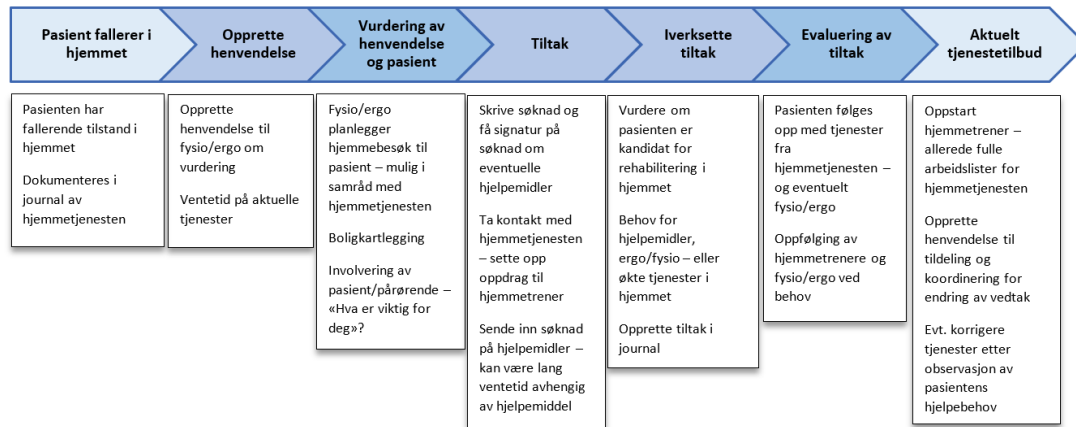
10.1 VISUELLE FREMSTILLINGER AV DAGENS PRAKSIS –FRA SYKEHUS



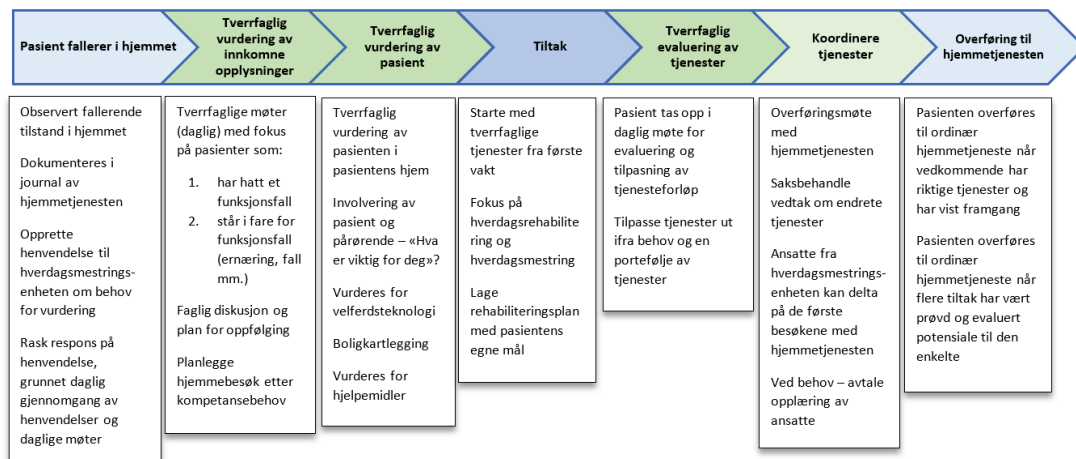
10.2 VISUELL FREMSTILLING AV ØNSKET PRAKSIS – FRA SYKEHUS



10.3 VISUELL FREMSTILLING DAGENS PRAKSIS - FUNKSJONSFALL I HJEMMET



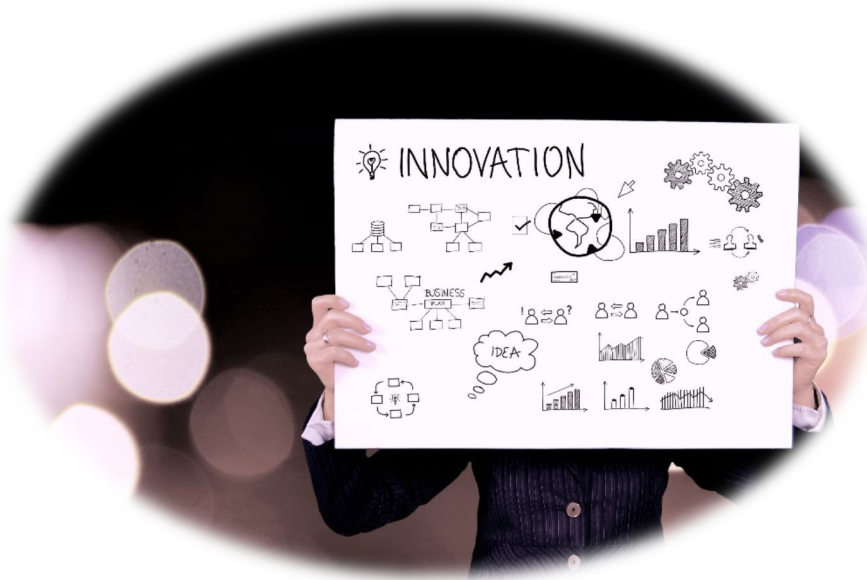
10.4 VISUELL FREMSTILLING ØNSKET PRAKSIS - FUNKSJONSFALL I HJEMMET



11. Om innovasjon i pleie og omsorg

Innovasjonsmeldinga, St meld nr 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge valgte seg ut omsorgssektoren når den skulle se nærmere på innovasjon i offentlig sektor. Tanken/ hypotesen den gangen var at «*de kommunale omsorgstjenestene hadde et stort potensial for innovative grep og nyskaping i forhold til blant annet organisasjonsutvikling i store virksomheter med brede samhandlingsflater mot familie og lokalsamfunn og spesialisthelsetjeneste, og der brukerne bør utfordres og gis større*

innflytelse.» Meldinga foreslo å opprette et eget utvalg so skulle utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Etter at utvalget la frem sin utredning, «NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg», ble innovasjon et begrep i disse tjenestene. Før den tid ble innovasjon gjerne forbundet med aktiviteter unge grundere i privat næringsliv bedrev.



Ordet innovasjon kommer fra det latinske ordet innovare som betyr å skape noe nytt. En innovasjon kan være et nytt produkt, en ny tjeneste eller det kan være nye prosesser. Begrepet er gjerne knytte til økt verdiskapning, det rekkes altså ikke med en god ide, det må også skapes verdier.

I innovasjonslitteraturen blir det gjerne gjort et skille mellom radikal innovasjon på den ene siden og inkrementell innovasjon på den andre siden. Oversikten nedenfor gir en grov skisse på hva som ligger i ulikheten mellom de to typene for innovasjon:



I litteraturen hevdes det at organisasjoner bør arbeide med begge disse formene for innovasjon, men at de også krever svært ulik tilnærming.

Vi i Kristiansund har hatt flere samtaler og drøftinger om hvordan vi eventuelt skal tilnærme oss modell St Hanshaugen. Skal vi ta elementer fra det vi har lært og hørt, og tilpasse dette til de eksisterende strukturene vi har hos oss? Tilpasse modellen slik at vi løser tilsvarende eller lignende fra Storhaugen og/eller hjemmesykepleien? Eller skal vi gjøre motsatt, og tilpasse oss modellen fullt og helt? Og ikke minst; hva tror vi vil gi størst ønsket effekt?

Vier vi oppmerksomhet til forskjellene mellom radikal og inkrementell innovasjon, ser vi snart at vi skal ha med oss elementer fra begge retningene i vår egen prosess. Egentlig skal vi tilpasse organisasjonsformen/ strukturene våre noe og gjennom dette forbedre arbeidsprosessene våre. Men, siden pleie og omsorg er å betrakte som «kompliserte organisasjoner», der svært mange er involvert og driften løper 24/7, vil vi stå overfor krevende, om ikke vanskelige prosesser. Mange i organisasjonen vil oppleve radikale endringer som både involverer ny ledelse, ny organisering, nye arbeidsmåter og nye arbeidstidsordninger – for å nevne noen. Når man erkjenner alvoret og omfanget av slike endringer, vil vi måtte betrakte dette som radikalt.

Kommunalsjefen må innrømme at troen på å lykkes er nært knyttet til en radikal tenkning. Av og til må vi gå så hardt til verks at vi ikke kan tillat oss å falle tilbake til gamle spor og vaner dersom det butter litt imot.

12. Muligheter i Kristiansund

Vår organisering av saksbehandlingen av enkeltvedtak vil bli behørig omtalt senere i dokumentet.

Hjemmesykepleien og Storhaugen helsehus er de av våre enheter som hver dag tar imot pasienter fra sykehus. Det vil derfor være nødvendig å drøfte en ny deltjeneste som organisatorisk kan legges under en av disse enhetene.

Til tross for at vi har bygget opp store enheter og bruker betydelige ressurser, klarer vi ikke å jobbe oss ut av det stadig tilbakevendende problemet: Folk står i kø for sykehjemsplass, folk utvikler funksjonsfall og pasienter venter i sykehuset på at kommunen skal evne å ta de ut.

Som om ikke det er nok, så vet vi at antallet eldre vil øke suksessivt de neste årene. Noen tar til orde for at vi bør ha flere sykehjemsplasser, og det er lett å forstå slik situasjonen har vært hos oss i lengre tid nå. Det kan være at dette også blir konklusjonen for oss, men dette er det for tidlig å si noe om nå. I arbeidet med helhetlig plan for helse, pleie og omsorg vil dette svares ut i en egen delutredning som vil legges frem for hovedutvalget i august 2019. Uavhengig av om vi velger å bygge flere

sykehjemsplasser eller ikke, er vi nødt til å finne nye løsninger. Den gamle medisinen virker ikke lenger, - eller har nå blitt for kostbar for oss.

12.1 ORGANISATORISK UNDER STORHAUGEN HELSEHUS?

Da kommunalsjefen samlet sine ledere for å drøfte mulige løsninger hva gjelder organisering av en ny avdeling eller enhet, var det naturlig at vi særlig så i retning av Storhaugen. Storhaugen ble etablert nettopp for å være kommunens løsning i samhandlingsreformen og har, som vi alle vet kommunens korttidsplasser i institusjon.

Da enheten ble utfordret til å si noe om utviklingspotensialet, ble det pekt på at *«Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet. Styrke egenmestring og hindre unødige funksjonsfall»*

Man tillot seg også å peke på «barnehjemtomten» som mulighet for et helsetun når/ dersom man skal se på en videreutvikling av tjenestene våre. Som vi alle vet er treningshallen nå blitt en realitet i den gamle ved hallen. Økonomiplanen tar høyde for at vi skal rive de gamle bygningene på barnehjemtomten, nettopp for å frigjøre tomten for nye og effektive funksjonsbygg – i tråd med anbefalinger som evt kommer i helhetlig helse og omsorgsplan.



Ideene som er skissert i figuren over er med utgangspunkt i dagens bygningsmasse. Ser vi bort fra bygningsmassen, er ideene interessante og vil måtte besøkes igjen i Helhetlig plan for helse og omsorg. Ser vi bort fra sengepostene i enheten Storhaugen helsehus, er det satsingen rundt friskliv og mestring som virkelig løfter enheten til «det spesielle». Fokuset i avdelingen med skikkelig forebyggende innsats, er utvilsomt riktig. Det faktum at avdelingen har status som utviklingssentral for friskliv og mestring i region Midt-Norge, er en fjær i hatten og anerkjennelse for det gode faglige arbeidet som nedlegges her.

Siden enheten allerede har et fokus på helse og mestring, kan etablering av en ny avdeling for hverdagsmestring, a la enheten i bydel St Hanshaugen, være et alternativ som kan fungere.

Enheten har allerede sentrale yrkesgrupper samlet organisatorisk i enheten, som fysio og ergo, legetjenester og døgnplasser for rehabilitering, for å nevne noen. Enheten har erfaring fra å drive med rehabilitering både i og utenfor institusjon. Dersom vi legger en Kristiansundsvariant av modell St Hanshaugen til enhet Storhaugen helsehus, vil vi også unngå å splitte relativt små fagmiljøer.

På den andre siden er Storhaugen allerede svært fragmentert i form av at enheten driver med svært mange deltjenester med både komplisert lovverk, avtaleverk og budsjettering. Det kan derfor være at denne enheten ikke skal tillegges ytterligere ansvar for nok en «deltjeneste»

12.2 ORGANISATORISK UNDER HJEMMESYKEPLEIEN?

Modellen som er benevnt som modell St Hanshaugen yter hjemmebaserte tjenester. Man kan derfor ikke drøfte mulig organisering av en ny deltjeneste uten å drøfte en etablering av en ny avdeling i hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien vil fra 1.1.2020 bestå av 6 roder. (To roder slås sammen til en i løpet av høsten 2019 etter vedtak i spareprosjektet 2020-2022) I tillegg organiserer hjemmesykepleien boligfellessakpene og tjenestene på Barmanhaugen, i Roligheten, på Kårhaugen og de organiserer demenskoordinator og demensteam og kreftkoordinator. (arbeidet med demens og kreft er enhetsovergripende)

Hjemmesykepleien har logistikk og kunnskap som er en god start for å etablere en ny avdeling som skal ivareta funksjoner i tråd med modell St Hanshaugen. Med tydelig ledelse vil en organisering under dagens hjemmesykepleie være et alternativ. På den andre siden er enheten allerede svært stor. Tjenestene har en tradisjonell organisasjonskultur og forståelse av hva oppdraget er. Det vil derfor være svært krevende å etablere en ny avdeling som både skal være annerledes, men samtidig driftes under samme organisatoriske enhet. Ser man igjen til bydelen i Oslo, valgte de der å skille de to.

12.3 ORGANISATORISK I EN NY ENHET?

Et slik alternativ er det mest krevende alternativet sett fra et organisasjonsmessig perspektiv og et ledelsesperspektiv. På den annen side kan det være at det er dette alternativet som gir oss størst mulighet for å lykkes.

12.4 DET FJERDE ALTERNATIVET

Et alternativ som har vært diskutert, og forsøkt, er å forplikte enhetene Storhaugen, Tildeling og koordinering og Hjemmesykepleien, til å samhandle og avgi ressurser slik at vi får til å jobbe tilsvarende som den nevnte enheten i bydel St Hanshaugen. Dette

ble forsøkt høsten 2018, men på grunn av at vi ikke hadde en leder som hadde ansvaret for prioriteringen, gjennomføringen og tilgang på ressursene, lyktes vi ikke med dette.



"In order to create something new, you have to tear something down"

Joseph Schumpeter)

13. Forankring i egen organisasjon

Som nevnt i teksten over, har «modell St Hanshaugen» vært et tema i store deler av organisasjonen over lengre tid. Det hele startet mer eller mindre tilfeldig tidlig våren 2018 med informasjon om en organisasjonsform og et tjenestedesign/ forløpsjobbing som skilte seg noe ut fra vår egen struktur og organisering. Da vi i tillegg fikk vite at fenomenet utskrivningsklare pasienter ikke var noe større problem i bydelen, ble interessen stor nok til å undersøke organisasjonsmodellen og organisasjonsformen ytterligere.

Lederen for hverdagsmestringsenheten i bydel St Hanshaugen takket ja til invitasjon om å komme til oss i Kristiansund på en temadag hvor han foredro om modellen. På denne dagen fikk vi en grundig innføring i bakgrunnen for valgene de gjorde, hvordan de arbeider, hvilke utfordringer de hadde hatt i omleggingen og hvilke gevinster de klarte å ta ut. Her deltok de fleste enhetsledere i pleie og omsorg, et stort antall avdelingsledere, andre sentrale fagfolk og tillitsvalgte og verneombud.

Kommunalsjef, rådgivere og samtlige enhetsledere gjennomførte en egen «fagdag» der vi utelukkende snakket om ulike hensyn vi må ta dersom vi skulle velge å etablere lignende modell

Tidlig høst 2018 dro en større gruppe medarbeidere til Oslo for å hospitere i enheten i to dager.

Kommunalsjef og rådgivere hospiterte i enheten vinteren 2019

Kommunalsjef har benyttet flere anledninger til å snakke om modell St Hanshaugen som en mulighet. Både tillitsvalgte og verneombud har blitt holdt løpende orientert, både når vi har foretatt oss noe i retning av modellen, men også når vi ikke har jobbet aktivt med den.

Modellen har blitt omtalt og etterspurt både i Hovedutvalg for helse og omsorg og i Bystyret. Modellen ligger også som en forutsetning i spareprosjektet 2020 -2022.

Det er ulikt fra enhet til enhet om medarbeidere er involvert i tenkningen rundt modellen.

Medarbeidere som fikk tilbud om hospitering ble oppfordret til å skrive en liten rapport om inntrykkene de satt igjen med. Disse er vedlagt i sin helhet.

Det er så langt ikke gjennomført systematiske ros analyser i dette arbeidet. Dette må gjennomføres tidligst mulig høsten 2019.

14. Anbefalt organisering og etablering i Kristiansund

Den organisasjonsinterne tenkingen og jobbingen med modell St Haugen i Kristiansund har tatt lang tid. Fra å gå inn i arbeidet med ambisiøse forestillinger om raske endringer før sommerferien 2018, via nærmest stillstands grunnet kravet om økonomisk nedtrekk på 5% i enhetene ved inngangen til 2019, til spareprosjektet 2020-2022 som ga dette arbeidet ny næring igjen i april/ mai 2019. Det er på det rene at lange prosesser fører til slitasje og usikkerhet i organisasjoner. Så også for de av mine enheter som vil bli mest berørt av en eventuell endring. Slike signaler har blitt fremført, og det er klart at vi nå enten må gjøre, eller bestemme oss for å ikke gjøre.

På den annen side, når tiden først har gått, har man hatt anledning til å tenke, vurdere, drøfte og forkaste ulike løsninger. Kommunalsjefen har derfor brukt ukentlige stabsmøter (møter mellom kommunalsjef og rådgivere) til å drøfte ulike veier mot målet

14.1 TRINN 1

Det etableres en ny enhet

(Finansiering til ledelse av enheten er ivaretatt gjennom spareprosjektet 2020-2022)

Dagens enhet Tildeling og koordinering legges, inn i enhet for hverdagsmestring.

Unntakene er ett årsverk saksbehandler tilføres hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien overføres vedtaksmyndighet til tjenester som skal ytes fra denne enheten. Ressurs til vederlagsberegning sykehjem, overføres til enhet sykehjem.

Gjenværende faglederressurser, jfr vedtak i spareprosjektet 2020 -2022, (2,5 årsverk) legges til enhet hverdagsmestring. Ressursene skal tillegges nye / reviderte funksjoner og inngå i et team av utøvende fagutviklere. Det skal gjennomføres et arbeid knyttet til hvordan og hvilke funksjoner som må ivaretas. Arbeidet starter i slutten av august. Systematisk forbedringsarbeid er et viktig stikkord i dette arbeidet

Systemansvar Profil, og snart Helseplattformen, inngår i team sammen med fagutviklere. Det skal arbeides for å redusere sårbarheten knyttet til systemansvar, det kan derfor være at vi må styrke denne innsatsen med ett årsverk.

Kommunens fysio og ergoterapiressurser samles i hverdagsmestringsenheten. (det må utredes nærmere hvor store ressurser som skal være igjen i enhet Storhaugen på korttids rehabilitering og friskliv og mestring

Rode 3 i dagens hjemmesykepleie omorganiseres i sin helhet og legges inn i hverdagsmestringsenheten

Responsteamets rolle og bidrag inn i hverdagsmestringsenheten skal utvikles og tydeliggjøres.

Det skal utarbeides en plan for habilitering og rehabilitering

Erfaringene fra arbeidet med vedtaksgjennomgang til brukere i Bo og habilitering (vinteren 2019/2020) skal brukes til å avklare om vedtaksmyndighet med tilhørende ressurs skal overføres Bo og habilitering, eller forbli i Hverdagsmestringsenheten

14.2 TRINN 2

Det etableres en nattpatrulje.

I dag er tjenester som ytes til hjemmeboende på natt organisert under hjemmesykepleien. Det må utredes og vurderes om det er hensiktsmessig om en skal samle ressurser på natt i den nye enheten. Utredningen kan gjennomføres høsten 2020, med mål om avklaring før jul og eventuell effektivering fra årsskiftet 2020/2021.

14.3. TRINN 3

Vedtaksmyndighet, forløpskoordinator psykisk helse og rus legges inn i hverdagsmestringsenheten. Utreddes høsten 2020 med mulig iverksettelse fra årsskiftet 2020/2021

14.4 TRINN 4

Avklaring om boligkontor skal etableres og organiseres under hverdagsmestringsenheten. Må utredes i dialog med eiendomsdrift våren 2021.

15. Ulike organisasjonsmodeller for tildeling og utøvelse av helse og omsorgstjenester

15.1 BESTILLER/ UTFØRERMODELLEN (BUM)

Bestiller – utfører –modellen som organisasjonsprinsipp i offentlig sektor har sitt utspring i New Public Management (NPM). Dette er en markedsstyringsmodell utviklet i privat sektor for å imøtekomme rasjonalisering- og effektiviseringsmål. NPM legger hovedvekten på at offentlig styring skal bli mer markedsorientert, og at en benytter seg av økonomiske og ledelsesmessige teorier fra privat sektor. Organisasjonen vil med en bestiller - utfører modell skille forvaltningsoppgaver fra

driftsoppgaver, og med dette innføre det som i NPM beskrives som kontraktstyring. Målet er å få bedre kvalitet på tjenestene, styrke rettssikkerheten til brukerne, mer kostnadseffektiv drift og bedre økonomisk styring og kontroll.

For å gjennomføre BUM i sin rene form etableres det et administrativt bestillernivå, klart adskilt fra utførernivået. Bestiller-enheter har ansvar for søknadsbehandling og behovsvurderingen, mens utførerne har ansvar for tjenesteytingen. Bestiller skal ha fokus på saksbehandlings-/forvaltningsoppgavene. Klager og revurderinger behandles også av bestillerenheten. Utfører skal ha sitt fokus på å yte kvalitativt gode tjenester. Motivasjon hos utfører tenkes skapt gjennom kontroll- og belønningssystemer.

Organiseringen skal sikre rettskrav og likebehandling, samt sikre uavhengig tjenestetildeling løsrevet fra ressurstilgang ved å skille mellom de som har ansvaret for å fatte vedtak og de som leverer tjenesten. Dersom fagpersoner vurderer at det foreligger endring av behov krever dette formell revurdering av vedtak.

BUM er fundert på sterke krav til rapporteringsrutiner, kontrollrutiner og kvalitetskrav. Detaljerte vedtak og stramt definerte tidsrammer er lagt til grunn for tjenestene den enkelte mottar. Kvalitet vurderes ut fra om tjenestene leveres i henhold til vedtekter og vedtak, og om avvik blir korrigert.

Stykkprisfinansiering, aktivitetsbasert finansiering eller inntekt (ABF eller ABI) kan innføres innen forvaltningen, men er i utgangspunktet en finansieringsform beregnet på kommersielle aktører og konkurranse mellom kommersielle og eventuelle kommunale tilbydere.

Gjennom en organisering etter BUM ønsket man å:

- Skille mellom bestiller og utfører er viktig for å unngå habilitetsproblemer, sikre likebehandling og redusere muligheten for utfører til å forfølge sine egeninteresser.
- Økt konkurranse og kontraktstyring bidrar til å effektivisere utførerleddet.
- Stykkprisfinansiering og pengene følger brukeren begrunnes med hensynet til valgfrihet og legger til rette for konkurranse mellom kommersielle aktører, eventuelt også med kommunens egne ansatte.

15.2 DAGENS ORGANISERING AV TJENESTETILDELING

Prinsippene for BUM kan organiseres på ulike måter. I Kristiansund kommune er Tildeling og koordinering organisert som en egen enhet med ansvar for å utforme formelle vedtak. Et inntaksråd med medlemmer fra ulike enheter har den formelle vedtaksmyndigheten. Behov for tjenester meldes i søknader fra den enkelte borger og henvendelser fra tjenesteutøvere. Kartlegginger foretas av saksbehandlere eller av ansatte i utøverenhetene.

Stykkprisfinansiering, aktivitetsbasert finansiering eller inntekt (ABF eller ABI) er ikke innført, slik at ressurser ikke følger brukeren eller er knyttet opp mot de vedtak som fattes. Hver enkelt enhet får tildelt sin økonomiske ramme uavhengig av omfanget av de tjenestene det kan bli fattet vedtak om i løpet av året. Enheten med ansvar for å fatte vedtak har dermed ikke noe økonomisk ansvar, kontroll eller oversikt over utførerens ressurstilgang. Hensikten med dette er å ivareta den enkelte brukers behov for lovbestemte tjenester og sikre likebehandling, uavhengig av kommunens eller utøverens økonomiske situasjon.

Kristiansund har i dag en modell hvor bestillerenheten i stor grad bygger sine vedtak på de kartlegginger og vurderinger som allerede er gjort i utøverensheten. I tilfeller der det haster å starte opp tjenester og hvor det ikke er forsvarlig å avvente en saksbehandlingsprosess som munner ut i et enkeltvedtak, er det fagpersoner i utøverenshetene som starter opp tjenestene og så sender henvendelse om dette til bestillerenheten.

I Kristiansund kommune har man således en modell som er en hybrid av BUM, tillitsmodell, samt den lokale organiseringen med inntaksråd. En hypotese for hvordan denne organiseringen har utviklet seg er at kravene til hurtig og effektiv oppstart av tjenester, i kombinasjon med behovet for kompetansen til fagpersonene som har best kjennskap til brukernes ønsker og behov, har tvunget frem en organisering som til dels har visket ut de stramme rammene som ligger til grunn for den opprinnelige bestiller/utførermodellen.

Kristiansund kommune har ved opprettelsen av enheten Tildeling og koordinering innført et organisatorisk skille mellom myndighetsutøving og tjenesteproduksjon, og de to oppgavene utføres av ulike enheter i organisasjonen. Dette blir regnet som et grunnleggende trekk ved bestiller/utfører - organisering. Det er likevel et spørsmål i hvilken grad det reelt sett er et skille mellom bestiller og utøver. Inntaksrådene er sammensatt av deltakere som har sin primære tilknytning til utførerenshetene. Det betyr at de samtidig som de er deltakere i inntaksråd, så er de også underordnet sin tjenesteleder i utførerenshetene. Det kan da være et spørsmål om hvor reelt dette organisatoriske skillet er. I Kristiansund kommune er det mye uformell kontakt mellom enhetene, noe som også reduserer betydningen av det formelle skillet mellom bestiller og utfører.

Ved å opprette en egen enhet for tildeling av tjenester har kommunen styrket kvaliteten på vedtaksfastsettelse ved at det har vært et økt fokus og kompetanseheving på å gjennomføre saksbehandling for tildeling av helse – og omsorgstjenester etter de til enhver tid gjeldende krav som er satt til saksbehandling i medhold av lov og forskrifter. Uansett organisering må saksbehandling ses på og respekteres som et eget

fag og som en nødvendig kompetanse inn i tildeling av lovfestede tjenester til enkeltpersoner for å best mulig ivareta den enkeltes rettigheter. Dette må det være fokus på å ivareta i en ny organisering av tjenestetildeling.

Kristiansund kommune har i dag store økonomiske utfordringer. Dette gjør seg særlig gjeldende for helse- og omsorgssektoren som må gjennomføre innsparinger tilsvarende 44 millioner kroner i løpet av perioden 2019-2022. En modell hvor tildelingen av tjenester er løsrevet fra økonomiske forutsetninger synes å ha bidratt til å skape en ubalanse mellom ressurstilgang og tjenestetildeling. Denne skjevheten synes å bli styrket av at modellen hvor BUM er noe utvasket da utøverenhetene også deltar sterkt i oppstart av tjenester uten saksbehandling, samt deltar i vedtaksfastsettelsen gjennom sin deltakelse i inntaksråd. Gjennom den modellen som er gjennomført i dag har således enhetene som formelt fatter vedtak ikke økonomisk ansvar, mens utøverenhetene ikke pålegges ansvar for tjenestene som startes opp, da det er enheten for tildeling som har det formelle ansvaret for å fatte vedtakene hvor den enkeltes rett til tjenester fastlegges. Dette kan lett medføre en pulverisering av ansvar både for økonomi, tjenesteomfang og brukermedvirkning.

Når alt kommer til alt, kan man spørre i hvor stor grad Kristiansund kommune reelt sett har innført bestiller-utførerorganisering etter modellens grunnprinsipper. Tildeling og koordinering kan også ses som et samarbeids- og samordningsorgan som har som oppgave i fellesskap å saksbehandle og fatte enkeltvedtak, heller ennå være et rent bestillerorgan.

Noen av årsakene til denne utviklingen i organisering kan skyldes at bestillerenheten ikke har nok ressurser til å følge opp hver enkelt sak etter prinsippene i BUM. Samtidig er man avhengig av kompetansen til fagpersonene i utførerenheter i den enkelte sak. Kommunen bør ta et standpunkt til om de ønsker å styrke en administrativ enhet slik at valgt organisering kan gjennomføres, eller om vi må se hen til andre organisatoriske modeller. Andre aktuelle organisasjonsformer er bestiller/utførermodell med finansiering knyttet til hvert enkelt vedtak eller en organisering etter Tillitsmodellen som bygger på andre prinsipper enn BUM.

15.3 TILLITSMODELLEN

Modellen Kristiansund kommune ønsker å utrede og vurdere opp mot lokale behov er i hovedsak utarbeidet ved fire ulike bydeler i Oslo kommune. Rapporter fra dette arbeidet foreligger i «Tillitsmodellen – sluttrapport for Prosjekt Tillitsmodellen» og forskningsrapport fra Universitetet i Sørøst-Norge [«Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18»](#).

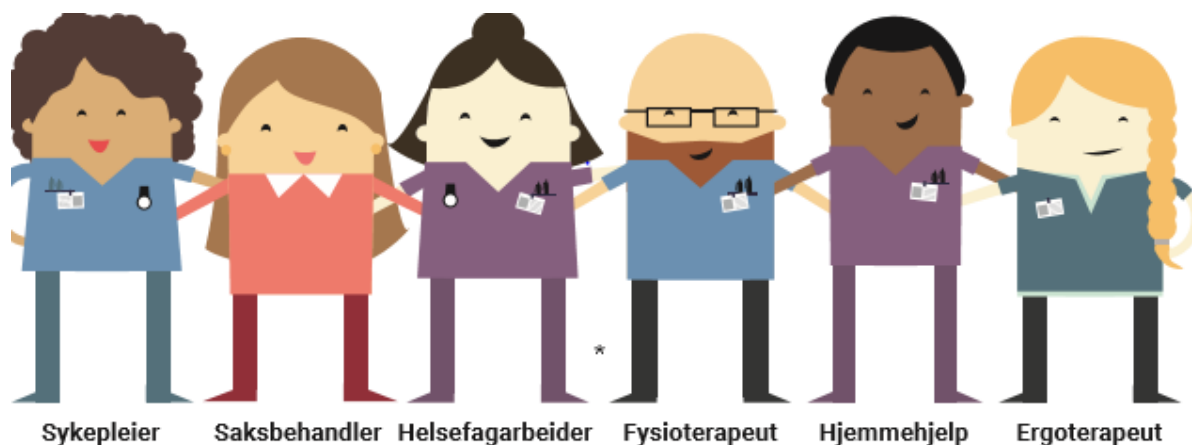
Formålet med prosjekt Tillitsmodellen var å utvikle et tillitsbasert alternativ til bestiller/utfører-modellen som sikrer:

1. Økt trygghet, tilfredshet og selvbestemmelse for brukerne
2. Økt motivasjon og arbeidsglede for fagpersonalet
3. Økt fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i tjenestene
4. Tydelig plassering av ansvar – faglig og økonomisk
5. Bedre ressursutnyttelse

Resultatet ble en ny alternativ forvaltningsmodell for definering av tjenestebehov, med en organisering av hjemmetjenesten i mindre tverrfaglige team. Teamene har et utvidet ansvar og med saksbehandling som en del av teamets ansvar. Helhetlig personorientert fokus, økt brukermedvirkning, tverrfaglig tilnærming og hverdagsmestring står sentralt.

Til tross for navnet Tillitsmodellen står ikke modellen for en enkelt måte å organisere hjemmetjenesten på, men enkelte prinsipper for organisering. Modellen innebærer:

- *Mindre selvstyrende team.* Det gis økt ansvar til fagpersonene. Teamet er selv ansvarlig for å løse delegerte oppgaver. Teamet må være tverrfaglig sammensatt. I tillegg til saksbehandler består teamene av sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeut og ergoterapeut. Tar egne faglige beslutninger og fordeler arbeidsoppgavene seg imellom.
- *Saksbehandling inkludert i teamet.* Saksbehandler er fast medlem av teamet og saksbehandling foregår tett på bruker og i en tverrfaglig kontekst. Dette innebærer ny organisatorisk tilknytting for saksbehandler.
- *Økt brukerfokus og involvering.* Kartleggingssamtaler med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?» og hverdagsmestring er utgangspunktet for planleggingen av tjenestene til den enkelte bruker.
- *Dreining fra oppgave fokus til systematisk teamarbeid.* Det skal sikres at tjenestene skal være helhetlige og ses i sammenheng uten detaljstyring, slik at overganger i pasientforløpet gjennomføres med smidighet
- *Tillitsbasert ledelse.* Endring fra styring på tiltak til tillitsledelse. Hvert team har egen leder, men leder kan være ansvarlig for flere team. Leder skal skape betingelser for selvledelse og myndiggjorte medarbeidere hvor kompetanse, kommunikasjon og motivasjon er avgjørende. Måle på resultater, ikke på tiltak. Tilstedeværende ledelse med nærhet til medarbeiderne. Gi økonomiske rammer og handlefrihet og redusere rapporteringen da faglige valg skal tas nærmest praksis. Leder griper inn når tillit misbrukes
- *Formålsbaserte vedtak.* En alternativ måte å formulere vedtak på med mindre detaljering. Hensikten har vært å overlate mer ansvar til tjenesteansvarlig sykepleier, samt sikre god brukermedvirkning.

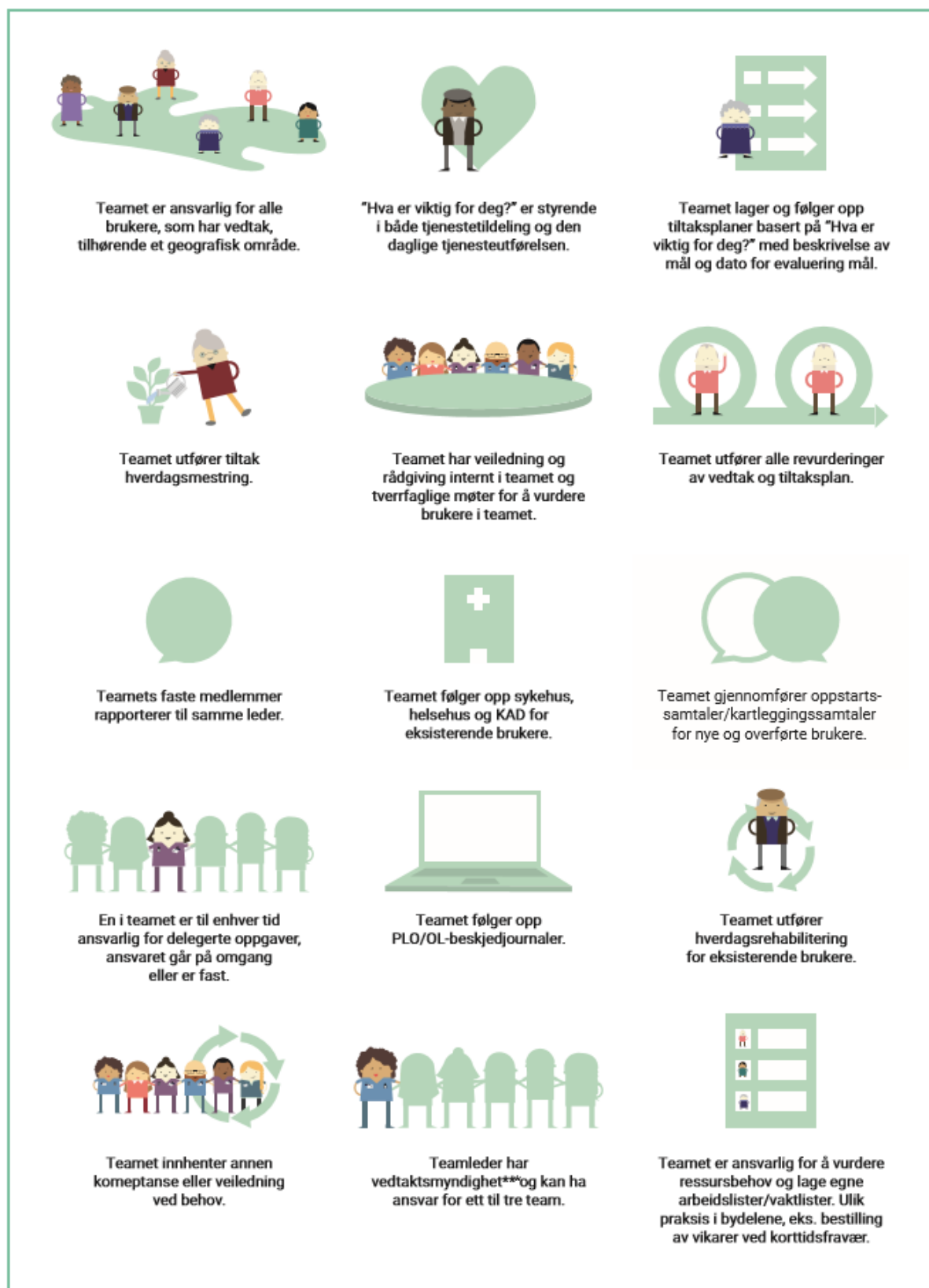


Modell: Selvstyrte tverrfaglige team

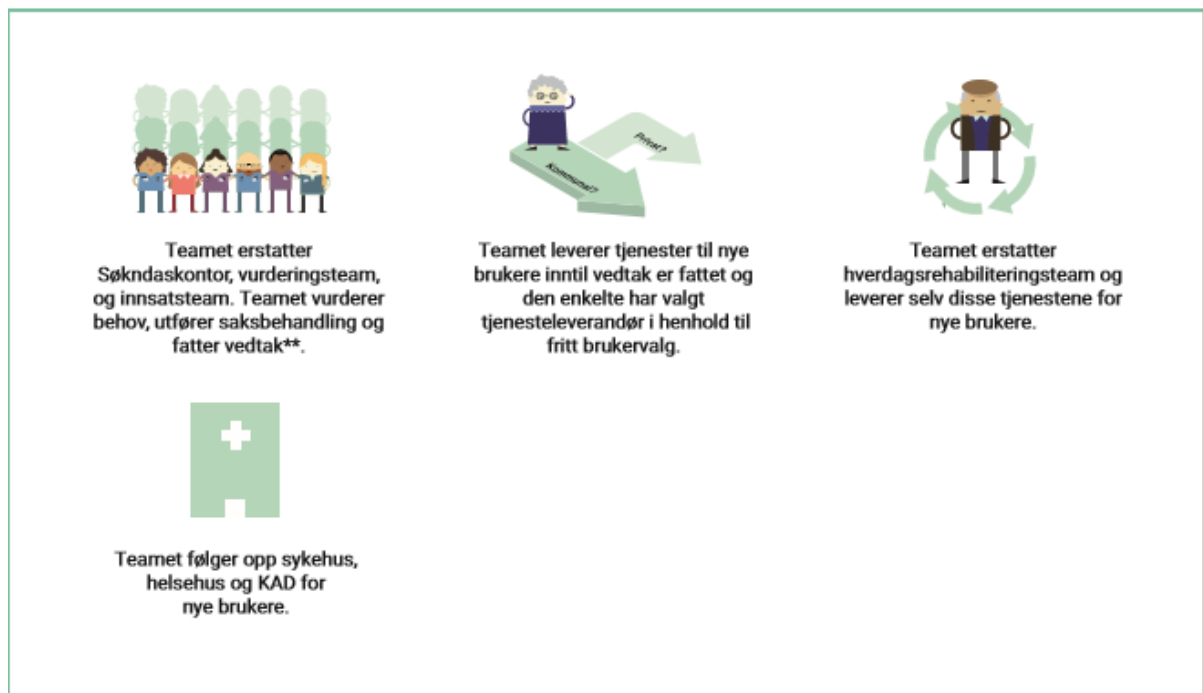
Gjennom organisering av denne modellen opplevde bydelene som deltok i prosjektet at det ble gitt økt ansvar til fagpersonene som skulle sikre at tjenestene skal være helhetlige og ses i sammenheng. Ved å unngå detaljstyring fra bestillerenhet, skal overganger i pasientforløpet gjennomføres med smidighet. Kontroll og rapporteringsrutiner ble forenklet. Teamene har et fortløpende ansvar for at tjenestene er i samsvar med behov og man unngår oppstykkede saksbehandlingsprosesser. de oppnådde en avbyråkratisering av tjenesteproduksjonen som var et av målsettingene med prosjektet.

15.4 EKSEMPLER PÅ ORGANISASJONSMODELLER ETTER TILLITSMODELLEN

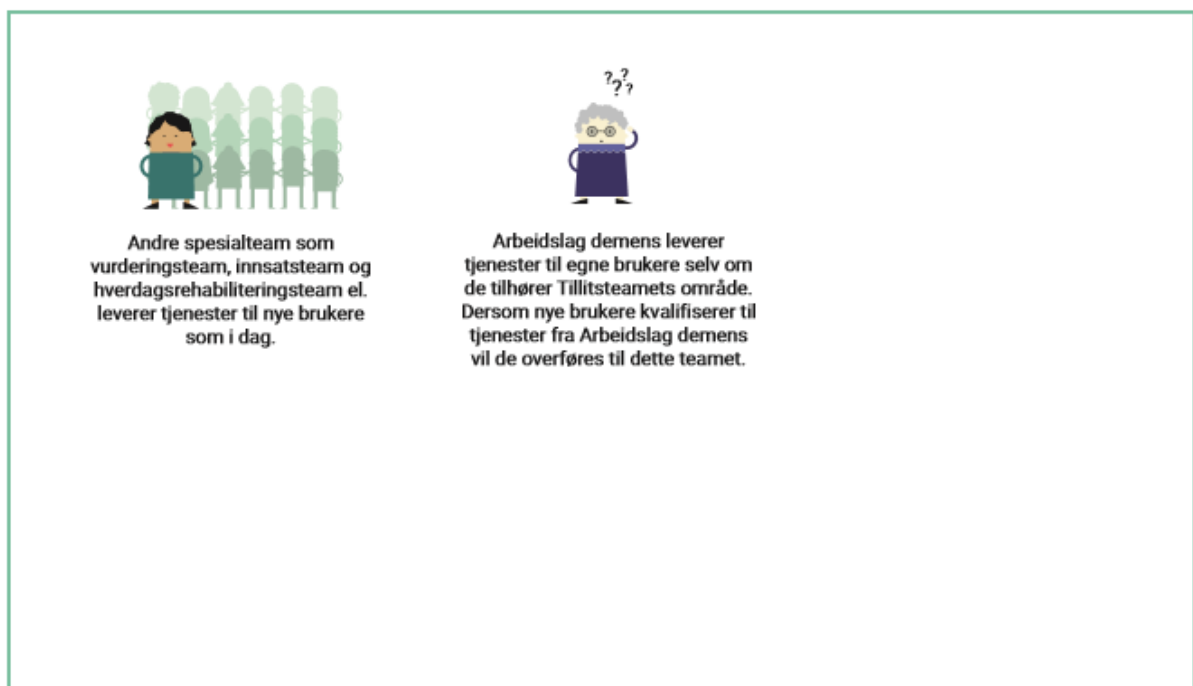
Felles for Modell 1 og 2



Modell 1



Modell 2



* Begrepet helsefagarbeidere omfatter hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere

** Fatter vedtak som omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysio/ergo-terapeut tjenester og korttidsplasser

*** Teamleder har vedtaksmyndighet som omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysio/ergo-terapeut tjenester og korttidsplasser.

Figurene ovenfor er fra «Sluttrapport for prosjekt Tillitsmodellen» og viser to modeller Oslo kommune har organisert etter Tillitsmodellen. Oslo kommune har fritt brukervalg og eksemplene kan ikke overføres direkte. Modell 2 er overførbar til en modell hvor kommunen har både hjemmetjenestens tverrfaglige team og spesialteam som ivaretar brukerne ved endrede eller spesielle behov. Et slikt spesialteam kan være hverdagsmestringsteam etter St. Hanshaug - modellen.

Andre kommuner har også organisert i tråd med tillitsmodellen. Askøy er et eksempel på en kommune som har opprettet et eget prosjekt «Tillitsmodellen – Askøy» for å definere hva tillitsmodellen skal være for Askøy kommune og hvordan dette vil påvirke deres måte å jobbe på. Målet er en dreining bort fra dagens bestiller/utfører-modell. Askøy har i forkant gjennomført et prosjekt «Reorganisering forvaltning» hvor forvaltningsavdelingen er avviklet og saksbehandlerne fordelt på to fagavdelinger.

15.5 KONKLUSJONER OG ERFARINGER I OSLO

I Oslo ble utviklingen av tillitsmodellen utført som et prosjekt med følgeforskning. Etter at hovedpiloten var gjennomført ble det foretatt en datainnsamling hvor metoden var spørreundersøkelse av brukere og medarbeidere. I tillegg var det gjennomført samtaler og intervjuer med ledere og tillitsvalgte, samt deltagende observasjon på workshops.

I det følgende presenteres de konklusjonene som fremkommer i rapporten «Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017 - 18», Skriftserie nr. 4 2018, Universitetet i Sørøst- Norge. Tom Eide m.fl. s. 6-8.

15.6 ERFARINGER FRA BRUKERE AV HELSE OG OMSORGSTJENESTENE I OSLO

Brukerundersøkelsen viser ganske høy grad av tilfredshet med tjenestene. Det som er viktig for brukerne er:

- forutsigbarhet og kontinuitet: at de som kommer er kjente personer og at avtaler holdes
- vennlighet og hjelpsomhet: å bli hørt og få hjelp til det de opplever som viktig
- profesjonalitet: at hjelperne er forberedt, flinke og vet hvordan ting skal gjøres
- Det brukerne liker minst er å måtte vente på hjemmetjenesten, og at det kommer stadig nye personer.

Podkast: [NRK Ekko: Eldreomsorgen tester Tillitsmodellen](#)

15.7 MEDARBEIDERNE ERFARINGER

- Teammedlemmene ønsker Tillitsmodellen med økt ansvar og myndighet, velkommen
- Omstillingsviljen og -evnen i medarbeidergruppen er jevnt over stor
- Å arbeide i faste, tverrfaglige team med avgrenset antall brukere oppleves motiverende

- Teamene opplever også at kontakten med brukerne og den faglige kvaliteten blir bedre

15.8 LEDERNES ERFARINGER

- Prioriterer lederne tillit, lederstøtte og kompetansebygging? Når lederne i intervju delte erfaringer med Tillitsmodellen og tillitsbasert styring og ledelse viste det seg at de hadde varierende forståelse og praksis:
- ulike forståelser av hva tillitsbasert styring og ledelse av team forutsetter og innebærer,
- ulik praktisering av tillitsbasert ledelse og prioritering av lederstøtte til teamene,
- ulike forståelser av Tillitsmodellen som forvaltningsmodell og saksbehandling i team.
- Mange av lederne delte også følgende erfaringer:
- at overgang fra bestiller/utfører-modell til Tillitsmodellen representerte en større system- og kulturutfordring enn man kanskje hadde forutsett,
- at Tillitsmodellen som forvaltningsmodell tar tid å utvikle, med tilhørende enkle og tillitsbaserte rutiner og prosedyrer for vedtak, rapportering og kontroll
- at tillitsbasert styring og ledelse av team forutsetter nytt tenkesett og ny lederstil, som vil kreve ny kompetanse (tillitsledelse, prosedyrer) og for mange trolig også coaching over tid

15.9. SYSTEMUTFORDRINGER

Undersøkelsene fra Oslo viser at Tillitsmodellen er ønsket, at erfaringene med den er lovende og at forutsetningene i medarbeidergruppen er gode, men også at det er utfordringer på system- og ledelsesnivå. For å lykkes med implementeringen av Tillitsmodellen må visse forutsetninger være til stede. Tillitsmodellen krever:

- et nytt tenkesett og en kulturendring både i ledelse og i team
- en ny teamlederrolle, med tillitsbasert, nærværende og coachende ledelse i teamet
- avklaring av roller, og opplæring i nye rutiner og tverrfaglig kommunikasjon i team
- opplæring/trening i brukerinvolvering og samvalg ut fra «Hva er viktig for deg?»
- at hvert team har fagadministrativ kompetanse i fordeler- og saksbehandler-rollene
- at bruk av digitale fagadministrative systemer utvikles til å understøtte nye rutiner og ny praksis
- at teamene får robust grunnbemanning, for å unngå svikt og overbelastning ved fravær
- at spørsmål knyttet til kontinuitet mellom skift (dag, natt, helg, ferie) blir avklart

15.10. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER ETTER PROSJEKT TILLITSMODELLEN

På bakgrunn av de kvantitative og kvalitative undersøkelsene som ble gjennomført i forbindelse med forskningen på prosjektet "Tillitsmodellen" i Oslo oppsummeres følgende anbefalinger med tanke på hensiktsmessig implementering:

1. Å klargjøre for forvaltningsmessig overgang fra bestiller/utfører-modell til Tillitsmodellen, inkludert avklaring av forvaltningsrettslige forhold, med rutiner og prosedyrer og opplæring i disse.
2. Å forberede implementering også elektronisk, inkludert tilpassing av fagadministrative systemer, slik at disse understøtter tverrfaglig samarbeid i team og samvalg med brukerne
3. Å organisere tjenesten i komplette tverrfaglige team, med komplementær kompetanse både helsefaglig og fagadministrativt, og med teamleder som en del av teamet
4. Å forberede teamledere gjennom kompetansebygging i tillitsbasert styring og ledelse, ny forvaltningspraksis og coachende lederstil
5. Å forberede teamene gjennom kompetansebygging i ny forvaltningspraksis, kommunikasjon/ samarbeid i team og kommunikasjon/samvalg med brukere ut fra «Hva er viktig for deg?»
6. Å gi hvert team en robust grunnbemanning tilpasset brukernes behov, for å motvirke risiko for mye bruk av vikarer, noe som lett vil undergrave forutsigbarhet og trygghet for brukerne



Kommunalsjefen vil anbefale at man lar tillitsmodellen vokse seg frem og modnes noe før man starter skikkelig opp med å utvikle organisasjonen i retning tillitsmodellen.

Etableringen av en ny hverdagsmestringsenhet, fokuset på tidlig intervensjon, hverdagsmestring og forventningene om at vi skal levere langt bedre resultat hva gjelder omløp på plassene på Storhaugen og ikke minst utskrivningsklare pasienter i sykehus, er oppgaver mer enn store nok. Tillitsmodellen er nå lansert som en mulig alternativ organisering. I tillegg ligger det i anbefalingen at saksbehandlerkompetanse inkludert vedtaksmyndighet, skal overføres til hjemmesykepleien. I tillegg ligger det også at vi skal avklare hvorvidt tilsvarende skal skje i fht tjenester til funksjonshemmede.

16. Gevinst

Når kommunalsjef velger å anbefale opprettelsen av en ny enhet, som dels skal tillegges nytt ansvar ut fra nye behov og dels skal ta over ansvar fra andre, er det fordi dagens organisasjonsform ikke godt nok finner svar på behovene hos brukerne våre og på samhandlingen internt og eksternt.

Forventet gevinst er:

Betydelig reduksjon i antall utskrivningsklare pasienter fra sykehus

Økt omløp på plasser i Storhaugen helsehus

Bedre forløpstenkning når hjemmeboende brukere får funksjonsfall, og færre

sykehusinnleggelser som følge av mangelfull oppfølging av kommunen

Økt rekruttering

Bedre arbeidshverdager for medarbeidere i hjemmesykepleien

Enhetsleder hjemmesykepleien får kontroll på vedtaksmengde og ressursbruk.

17. Behov for andre organisatoriske avklaringer

Våren 2020 vil pleie og omsorgstjenestene få et nytt tilskudd av omsorgsboliger i og med ferdigstillelse av Rokilde. I Rokilde vil vi få dagsenter tilrettelagt for demente i 1. etg. Her bygges det slik at vi kan øke kapasiteten vår (antall dagplasser) sammenlignet med dagens kapasitet, og vi planlegger å samle all dagaktivitet for demente i Rokilde. Det vil si at brukere som frem til nylig har hatt sitt tilbud på Stella Maris, nå senere på Barmanhaugen, får tilbudet på Rokilde.

I tillegg blir det 4 etasjer med omsorgsboliger i Rokilde.

Hvordan Rokilde skal organiseres er ikke avklart. Arbeidet med å drøfte ulike alternativer har pågått en stund, dog har disse diskusjoner være løselig og uten at man har kommet frem til beslutning.

Det er i dag Storhaugen helsehus som har ansvar for å drive dagplasser for eldre, mens tjenester i omsorgsboliger ligger til hjemmesykepleien.

Kommunalsjefen vil komme tilbake med et eget notat om hvordan kommunens skal organisere Rokilde. I dette notatet vil driftskonseptet også bli presentert.

Regionalt responscenter (RRO) og responsteam

RRO drives og eies av Kristiansund kommune. Responscenteret er lokalisert på Helseinnovasjonssenteret. Vi selger responstjenester til kommuner på Nordmøre og noen få i Romsdalsregionen. Det jobbes for at flere kommuner skal knytte seg til vårt responscenter.

Da kommunen etablerte et responsteam, valgte man å legge dette sammen med responscenteret på Helseinnovasjonssenteret siden teamet skulle rykke ut og løse oppgaver fra trygghetsalarmer utløst av innbyggere i Kristiansund.

Helseinnovasjonssenteret er i ferd med å endre eierform, og vil også bli tydeligere på hva som skal være deres nedslagsområde. I tiden som ligger foran oss vil det bli ført samtaler mellom kommunalsjef og direktør ved Helseinnovasjonssenteret om hvordan vi best mulig utnytter potensialet som ligger i så vel RRO som i responsteam.

Hverdagsmestring



Kristiansund kommune

I medvind uansett vær