



Arendal kommune

Rapport fra utredning om fremtidens helse- og omsorgstjenester med grunnlag fra HØP



Felles innsats for å lete etter
synergier og bærekraftige
løsninger



Innhold

Bakgrunn	2
Metode	2
Fremdriftsplan	3
Medvirkning og forankring	3
Grep for bærekraftige fremtidige helsetjenester	6
Helhetlig plan for langtids- og kortidsplasser	7
Forslag på tiltak fra ledere i Helse og mestring	9
Innenfor langtids- og kortidsplasser	10
Mindre inngripende tiltak	19
Utenfor boksen ideer og muligheter	24
Tjenester som vil fungere på tvers av virksomheter	26
Tidsforløp på endringstiltak institusjonsplasser	27
Handlingsplan for prosessinnspill	30

Bakgrunn

I handlings og økonomiplanen 2025-2028 fremkommer det at demografiendringen har slått inn for fullt i Helse og mestring. Arendal kommune skal levere bærekraftige tjenester, som innebærer at både den sosiale, økonomiske og fysiske dimensjonen skal ivaretas. Bærekrafts utfordringer i helsesektoren handler om å utvikle en tjeneste som skal møte en betydelig økning i antall eldre, med en befolkning som vil ha nedgang i antall yrkesaktiv alder som påvirker både kommunens økonomi og tilgang på kompetanse og personell. Prioriteringer og grep som må tas for å drive bærekraftig, handler derfor om å svare ut denne utfordringen.

Sektoren har prioritert å styrke innsatsen for innbyggere som kan klare seg i eget hjem med kommunal bistand, samtidig er det kartlagt et økende behov for tilrettelagte boliger.

For å redusere fremtidig behov for institusjonsplasser fokuseres det på utviklingen av hjemmebaserte tjenester. I tillegg har det blitt arbeidet mye med tjenesteinnhold for å sikre trygge tjenester i hjemmet, i tilrettelagte boliger eller i omsorgsboliger. Behovet for flere sykehjemsplasser er indikert til først å bli aktuelt i første halvdel av 2030-tallet, noe som gir kommunen litt tid til å forberede og igangsette gode tiltak.

Arendal kommune må arbeide for å dreie tjenestene lengst ned i innsatstrappa. Vi må ta i bruk ressurskalkulator og innsatstrapp, som innebærer at tjenestene setter inn tiltak på et så lavt trinn som mulig, og jobber med å styrke brukerens ressurser ut fra riktig nivå. Det gir både livsmestring og god samfunnsøkonomi.

Helse og mestring hadde i 2024 et merforbruk på 164 mill. kroner. Rammen til helse og mestring for 2025 er for lav, og viser per februar 2025 at helse og mestring har et merforbruk på 25 mill. Demografiutfordringene vi har i dag er begynnelsen på fortsettelsen, og vi er tvunget til å se på tiltak som reduserer kostander gjennom å legge ned eller redusere tilbud. Helse og mestring har derfor satt i gang en krevende prosess, hvor vi har utfordret alle enhets- og virksomhetsledere og HMS-k utvalgene på å finne løsninger som reduserer kostander slik at fremtidige budsjettrammer dekker tjenester og oppgaver som imøtekommer pasienters rettigheter og gir riktig og god kvalitet i et bærekraftig perspektiv.

Metode

For å sikre at tjenestene våre skal imøtekomme pasienter rettigheter og gi riktig og god kvalitet for fremtiden, har vi brukt verktøyet «Sikkerhets- og sårbarhetsanalyse» når vi kartla om det lå et mulighetsrom for å avslutte eller nedskalere tjenester/tilbud i sektoren. Verktøyet ble tilpasset for å imøtekomme hva vi faktisk skal kartlegge, som er ulike tjenesters påvirkning av det helhetlige tilbudet til innbyggerne, dersom vi legger ned eller reduserer. Parallelt har vi hatt høyt fokus på å tenke på utsiden av «boksen» for å finne løsninger på tvers av virksomheter og enheter som vil gi mer bærekraftige tjenester for fremtiden. Vi har sett etter endringer av dagens tjenester,

slik at de blir mer tilpasset den demografiske utviklingen, som tvinger oss til å handle for å gi oss økonomisk handlingsrom. Konkret har vi sett på: *Omfordeling eller samordning av tjeneste til annen virksomhet, reduksjon av tjeneste, og i hvilket omfang, nedleggelse av tjeneste, nedleggelse av botilbud, redusere avlastningstilbud, innskjerping på vedtak, og slutte med noe for å begynne med noe som er klokere.*

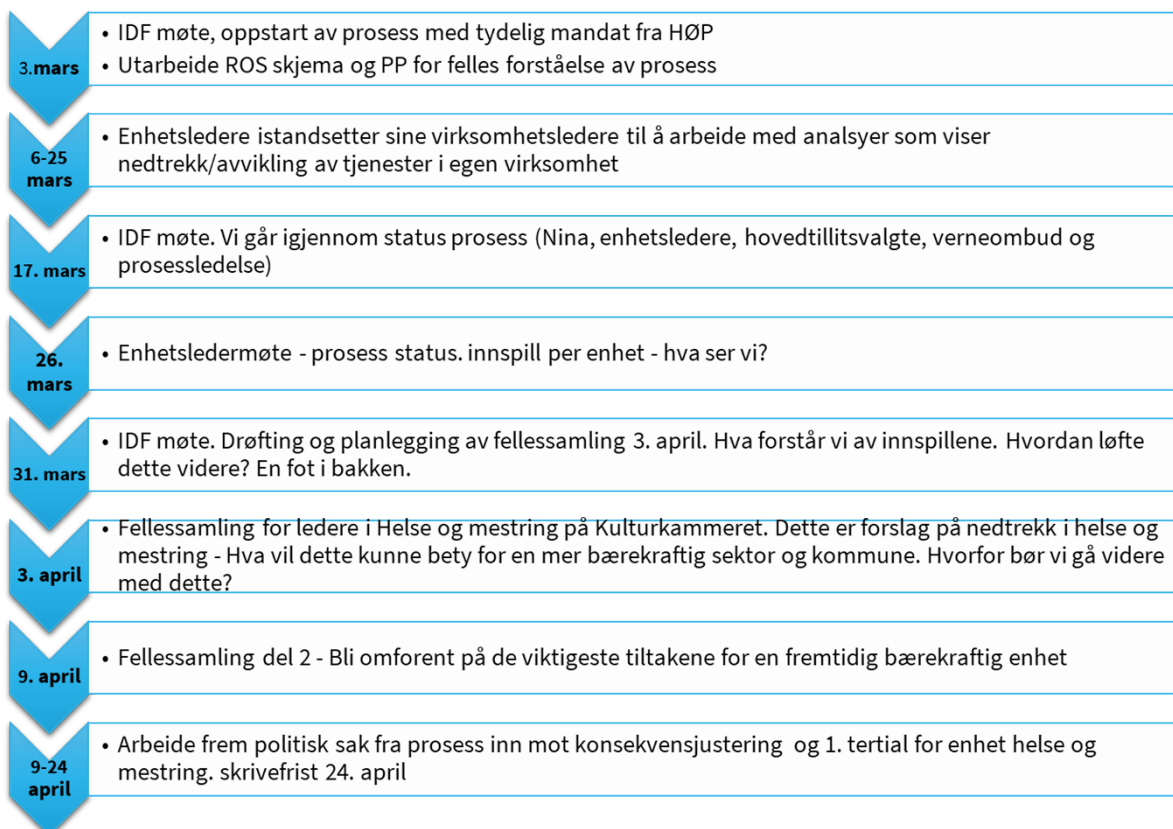
Fremdriftsplan

Trinn 1. Oppstart. Alle enhetsledere og virksomhetsledere gjør Risiko- og sårbarhetsanalyse (Ros) på en tjeneste eller sted for å visualisere nedtrekk. Dette gjøres først i virksomhetene, deretter på enhetsnivå.

Trinn 2: Fellessamling *Torsdag 3. april på Kulturkammeret. Arbeide frem felles innsikt i hva som har kommet frem gjennom ROS arbeidet. Hva forstår vi i fellesskap?*

Trinn 3: Fellessamling *Onsdag 9. april.* Arbeider videre på arbeidet hvor vi ser på ryddet versjon fra 3. april. Bli omforent på de viktigste tiltakene for en fremtidig bærekraftig enhet. Kulturkammeret (*uke 15*)

Trinn 4: Resultater fra prosess presenteres på IDF møte 23. april. Ferdigstillelse skrivefrist 24. april til politisk behandling i mai (konsekvens justering 1. tertial).



Medvirkning og forankring

Status på prosess har blitt forankret i IDF møter og i enhetsledermøter gjennom hele perioden som startet medio februar 2025.

Kommunikasjon ut til ansatte

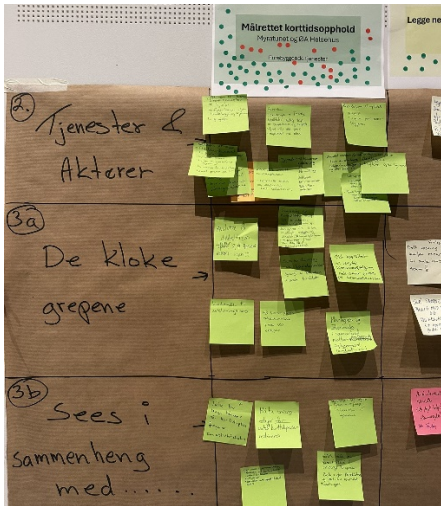
Kommunikasjon ut til alle ledd er en viktig faktor for å lykkes i endringsarbeid. Selve Ros har blitt gjort utenom ansatte i kartleggingsprosessen. Dette for å unngå uro og ryktespredning på områder som kun er visuelle. Derimot har det vært viktig å forankre hele prosessen på ledernivå, samtidig som at ansatte har fått informasjon på ansattportalen angående prosessen som pågår, og på hva som er formålet. HMS-K utvalg har deltatt inn for å styrke virksomhetens innspill. Informasjonen på ansattportalen bidrar til at alle ansatte forstår at endringer vil skje i sektoren, men at endringer vil være avhengig av hva prosessen fører frem til, og på hva den politiske beslutningen vil bli.

ROS analysen

Formålet med kartleggingen gjennom risiko- og forsvarlighetsvurderinger har vært å sikre at lovverket, spesielt Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, etterfølges. Dette bidrar til å beskytte både pasientenes rettigheter og kvaliteten på tjenestene som tilbys. Risiko i å nedskalere, avslutte eller endre tjenestene kan medføre til f. eks: Lengre ventelister på institusjonsplass, økt belastning for spesialisthelsetjenesten, økt belastning for pårørende, ved innføring av ventelister og reduksjon på avlastningstilbud i habilitering og for eldre innbyggere, økt forventning til at pårørende ivaretar innbyggere med behov for helse og omsorgstjenester, økt belastning på fastlegetjenesten, økt belastning på privatpraktiserende fysioterapeuter, økt belastning på hjemmebaserte tjenester og/eller økning av klagesaker og tilsyn fra Statsforvalteren. For å kvalitetssikre at eventuelle endringer gir gevinst i å gi helhetlige bærekraftige helsetjenester, og samtidig som en vurderer risiko som nevnt over, var det viktig at virksomhetsledere med sine HMS-K utvalg tok første kartlegging, med tett oppfølging av enhetsledere. Virksomhetsledere er de som er nærmest i å kjenne egne tjenester i forhold til behov, økonomi og ressurser

Fellessamlinger

Fellessamlinger har vært avgjørende for å drøfte oss frem til løsninger som går på tvers av virksomheter og enheter. Det har vært viktig at vi er omforent på utfordringene Helse og mestring står ovenfor, og at vi står sammen om å finne løsninger som kan friggi ressurser



Første samling - 3. april:

Forslag på tiltak ble jobbet med i grupper på tvers av alle enhetene med utgangspunkt i Ros på hvert av tiltakene. Spørsmålene var som følger:

Reflekter over konsekvensene tiltakene kan ha, er de fremkommende konsekvensene dekkende?

Drøft hvilke tjenester og aktører som påvirkes av tiltaket?

Hva er de kloke grepene og hvilke tiltak må sees i sammenheng for å oppnå bærekraftige tjenester for fremtiden?

Til slutt skulle de prioritere de tiltakene som vil imøtekomme formålet og forklare hvorfor dette er viktig å arbeide videre med.



Andre samling – 9. april

De tiltakene som ble prioritert som viktige den 3. og som innebærer at det må skje strukturelle endringer, ble løftet frem. Deretter ble det jobbet frem hvilke av tiltakene som vil være de viktigste for en fremtidig bærekraftig sektor, og som

virksomhetsledere mener er viktige å legge som forslag til konsekvensjustering 1. tertial.

De forskjellige tiltakene er kategoriseres som strukturelle endringer og ble delt inn i to tilnærminger:

- Langtidsplasser,
- Måltrettede korttidsplasser

Ca 60 ledere ble delt inn i 8 grupper på tvers av enheter, og de jobbet med følgende spørsmål:

Hvordan skal kommunen sikre forsvarlig tjenestetilbud med denne endringen?

Hvilke tjenester påvirkes?

Forberedelser som kreves før gjennomføring.

Utsjekk på at tiltak som prioriteres er bærekraftig (økonomisk/sosial, menneske, kvalitet/fysiske, bygningsmessige og miljømessige)

Hvilke kriterier vil bli viktig for å bli tildelt langtidsplass i kommunen, og hvordan fordelingen etter alder, funksjonsnivå, helsetilstand og egenskaper ivaretas?

Hvilke forutsetninger og milepæler må ivaretas, hva gjør vi først, så neste steg (Tidsplan)

Alle gruppene presenterte sine meninger i plenum og det ble drøftet mellom kommunalsjef, enhetsledere og virksomhetsledere. Hovedtillitsvalgte og verneombud var med og observerte.

Grep for bærekraftige fremtidige helsetjenester

Generelt har prosessen søkt etter å finne bærekraftige tjenester for fremtiden, som innebærer både nedtrekk av tjenester, og kompenserende og innovative tiltak andre steder.

For å redusere kostander må en redusere antall langtidsplasser og styrke ressursene rundt brukerne i hjemmet slik at iboende kapasitet og mestring ivaretas lengst mulig.

Innovative løsninger som digitale verktøy, virtuell hjemmesykepleie og flere omsorgsboliger er essensielle. Pårørende og innbyggere må involveres mer, og det bør bygges aldersvennlige boliger. Forventningene til eldrebølgen fra et innbyggerperspektiv må kartlegges, og jobbes systematisk ut fra dagens forventninger med formål å minimere forventningsgapet mellom innbygger og kommune.

Når arbeidet startet i slutten av februar, ble ledere utfordret på å kartlegge områder/tjenester de mente var aktuelle på å visualisere nedtrekk jamføre HØP bestilling. Alle enhetene har jobbet frem konstruktive tiltak, og de er i varierende omfang og grad av mulighet for gevinst. Mange av tiltakene er avhengige av at andre tiltak er igangsatt før det aktuelle kan skje. Kostnadene på endringene er også varierende. Alle innspill har blitt håndtert, og drøftet av alle involverte. Inndelingen av forslag på tiltak er:

- Helhetlig plan på korttids- og langtidsplasser
- Aksjons tiltak- virksomhetenes egne innspill på endring og samhandling
- Ut av boksen – gode ideer som vil styrke fremtidens tjenester

Tiltak fra prosessen som bidrar til betydelig økonomisk nedtrekk raskt, har lav risiko og sårbarhet og vise til en økonomisk fremtidig gevinst i et bærekraftig perspektiv har blitt prioritert til politisk sak som konsekvensjustering 1. tertial i sak 25/11207. Endringene gjelder både korttids- og langtidsplasser og får konsekvenser for ansatte, brukere, tjenester og lokaler.

Helhetlig plan for langtids- og korttidsplasser

Proessen har tydelig fått frem at det er behov for en bedre systematikk på tildeling av tjenester for å utnytte kompetanse, bygningsmasse og tilgjengelige ressurser bedre.

Helsetjenestene i Arendal er fordelt rundt i kommunen på institusjonene som hørte til tidligere kommuner før kommunesammenslåingen i 1992. Vi ser at kompetanse og pasientgrupper er fordelt uten en helhetlig plan.

I prosessen har vi hatt en helhetlig tilnærming til alle kommunens langtidsplasser og sett på hvilke behov korttidsplasser skal dekke. Ved å tilby mer målrettede tjenester etter behov og tildelingskriterier, vil en redusere kostander ved at flere tjenester gis lengre ned i innsatstrappa, samtidig som vi har en helhetlig plan på behov for spisskompetanse. Bruk av ressurskalkulator vil gi tydeligere oversikt mellom innsats og effekt av tjenester, dvs gevinstrealisering. Kommunens og samfunnets økonomiske situasjon tvinger oss til å gi tjenester som er målrettede etter innbyggerens behov. Dette er utgangspunktet for forslag til strukturelle endringer fra enhet Helse og mestring. Samtidig som vi endrer i egne tjenester må vi styrke kompensierende tiltak slik at de fleste opplever at det er trygt å bo hjemme, også når en blir eldre. Følgende er punkter som ble løftet frem i prosessen:

Prinsipp: Bo trygt hjemme

Langtidsplasser er forbeholdt personer som ikke kan bo hjemme etter definerte kriterier.

Hver bruker må vurderes individuelt ut fra behov som kognitiv svikt, psykisk helse/rus, alderspsykiatri, yngre med demens og utfordrende adferd.

Klare kriterier for tildeling av langtidsplass gir forutsigbarhet og effektiv ressursbruk.

Investeringer og tiltak i hjemmetjenester

- Tjenester vurderes mer på tvers av virksomheter for mer fornuftig innsats
- Ambulerende team med spisskompetanse utvikles etter behov
- Velferdsteknologi og helseteknologi
- Samhandling med eksterne

Omplassering av personell til ambulante team og utbygging av omsorgsboliger gir bedre ressursutnyttelse og reduserer kostnader.

Velferdsteknologi og kunstig intelligens bør prioriteres.

Ansatte kan brukes fleksibelt på tvers av enheter.

Ikke-helserelaterte oppgaver kan organiseres gjennom frivillige og NAV.

Samspill med innbyggere, frivillige og private

Private tjenester og frivillige aktører kan avlaste det offentlige helsevesenet.

Økt folkeopplysning og ansvarliggjøring kan motivere innbyggere til å kjøpe tjenester selv.

Institusjoner kan fungere som inkluderende møteplasser for frivillige, ansatte og innbyggere.

Aktiv bruk av organisasjoner, menigheter og eldre frivillige («eldrekraft») kan bidra til bedre folkehelse og redusert tjenestebehov.

Avlastning og aktivitet:

Dagsenter/aktivitetssenter, også på kveld og helg, og samlokalisering for bredere tilbud og mer involvering av studenter og frivillige

Avlastningsteam i hjemmet for å gi pårørende et «pauserom»

Pårørendeskole for støtte og veiledning

Hjemme tilpasning med helseteknologi, hjelpemidler og ergo- og fysioterapitjenester

Informasjon og planlegging:

Velfungerende nettside om seniorliv der innbyggere møter kommune og aktiviteter

Innbyggere motiveres til å planlegge egen alderdom

Tydelige forventningsavklaringer mellom kommune og innbyggere er nødvendig.

Korttidsopphold

Samling av korttidsopphold gir kompetansesamling og målrettet innsats og raske avklaringer.

Korttidsopphold skal sikre best mulig helse og livskvalitet for brukerne.

Opprettelse og styrking av demens- og ambulerende team anbefales.

Ved å styrke korttidsplasser, styrke ambulerende tilbud og nedskalere langtidsplasser, kan vi forhindre institusjonalisering.

Boligplanlegging og strukturelle endringer

Planlegging av boligfelt for alle livsfaser med gode nærmiljøkvaliteter, som

Randesund Hageby i Kristiansand, som bygger opp under helse og livskvalitet.

Sammenslåing av bofellesskap og bolig med base gir bedre tjenester.

Flere bør bo i tilrettelagte boliger.

Styring og kvalitetssikring

Tildelingskontoret må ha kontroll på vurderinger.

Drop-in-tilbud kan avlaste hjemmetjenesten.

Vedtak må revurderes og spesifiseres regelmessig for å sikre riktige tjenester. d med tilhørende lokaler.

Forslag på tiltak fra ledere i Helse og mestring

Tabellene under viser kort alle 32 innspill som har kommet frem under prosessen.

Forebyggende tjenester
Avslutte 3 dobbeltrom Myratunet
Redusere antall korttidspil-samle alle korttidstilbud på Myratunet og ØA helsehus fra 70 til 53
Etablere Virtuell korttidsavdeling
Ta hjem Responssenter + (Telemedisinsk senter)
Psykisk helse og rus
Legge ned baser tilknyttet BOA øst og vest, Ørbekk og Bjorbekk
Legge ned post 4, Myratunet
Nedskalere Post 4, Myratunet
Institusjon
Saltrød innehar kun somatiske plasser med tilhørende dagaktivitetssenter
Rød omgjøres til somatisk langtidsplasser
Ansatte på Rød betjener beboere på de 16 omsorgsboligene istedenfor hjemmestjenesten
Plankemyra
Redusere antall plasser ved skjermet avdeling fra 12 plasser til 6 plasser
Flytte forsterket avdeling 6 plasser fra u etg, til 1 etg
Gjøre tre plasser smitterom 3 etg, Ternefløyen til langtidsplasser
Bruksendring lindrende avdeling 8 plasser, fra korttidsavdeling til somatisk langtids avdeling
Nyskogen har kun somatiske plasser, og de skjermet avdeling legges ned
Elim legges ned som bokollektiv
Tromøy bokollektiv endres til langtidsavdeling demente
Tromøy bokollektiv legges ned som bokollektiv
Færvik BOS reduserer to årsverk
Hjemmesykepleien
Fagstøttende roller reduseres
Nattpatruljen - samkjøring på natt avvikles.
Avslutte praktisk bistand

Habillitering
Trekke nattvakter ut av flere bofellesskap
Biler avvikles fra enheten
Flytte Flosta avd. C. til sentral beliggenhet
Redusere fagutviklerrollen
Flosta sin 7 seter bil brukes for lite. Gis til avdeling med større behov.
Mestring
Dagaktivitetstilbud, for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne må komplementere reduksjon andre enheter
Samlokalisering av dagaktivitetstilbud for synergier
Styrke transporttjeneste for bedring av system og besparelser
Overta Car admin

Videre i rapporten vil hvert av tiltakene bli presentert med innspill fra både ROS og fellessamling. Og sier noe om støtten/forankringen totalt sett. Men også om:

- Hvilke tjenester og aktører blir berørt av tiltaket
- Hva er de kloke grepene hvis dette gjøres?
- Hvis dette gjøres, hva må vi se på samtidig?

Alle deltagerne fikk mulighet til å sette 8 grønne stemmer individuelt på det de selv mente var et bærekraftig tiltak jamføre formålet, og hver av de 8 gruppene måtte samles på å bli enige om 8 røde stemmer. Altså hva de på tvers av sektorene stemte

på sammen. Innspillene er organisert etter enhet som tiltaket kommer fra. Men innspill er fra alle enechter.

Innenfor langtids- og kortidsplasser

Forebyggende tjenester

Innsatsteam i egne hjem kan bidra til å unngå innleggelser for enkelte pasienter. Det er behov for flere tilrettelagte boliger og omsorgsboliger slik at beboere kan komme raskere ut fra institusjoner.

Kortidsplasser er spredt og uoversiktlige, og det er ønskelig å samlokalisere disse. Dette avhenger av antall tilgjengelige omsorgsboliger og hvor mange som venter på langtidsplasser. Kortidsplasser bør bli reelt korttid med mer gjennomtrekk, og lindrende plasser bør gjøres om til vanlige langtidsplasser.

Positive konsekvenser inkluderer synergi mellom fagmiljøer, legetjenester, fysioterapi og ergoterapi. Pasienter med kognitiv svikt på kortidsplasser må være hjemme til de er klare for langtidsplasser. Dette vil øke trykket på hjemmetjenester, men det er nødvendig å starte et sted. Overgangen krever mer målrettet bestilling fra tildelingskontoret, og oppdraget på kortidsplassene må være tydelig definert.

Redusere antall kortidsplasser og samle alle kortidstilbud på Myratunet og ØA helsehus fra 70 til 53 – 44 / 14 stemmer

Konsekvenser kan være at flere må bli tatt vare på hjemme. Virtuell kortidsavdeling vil kunne avlaste, mer avlastning i eget hjem. Innsatsteam i eget hjem, dette vil kunne bidra til å unngå innleggelser etc. Og det vil være større behov for tilrettelagte boliger/omsorgsboliger. Målrettet kortids opphold kan ha Positive effekter på langsikt, kanskje vil man ikke merke reduksjon i plasser dersom gode synergier. Samtidig kan det være skepsis ift antall plasser. Egen korttid avdeling som tar alt av korttid vil medføre at flere bor lenger hjemme og en trenger ikke flere langtid. Lettere å rekruttere medarbeidere til korttid enn langtid. Det kan bli for få plasser på kortidsavdelingen

Samlokalisere kortidsplasser under en enhet fordelt på Myratunet og avklaring; dette styrker kompetanse og frigjør ressurser. Omgjøre skjermede rom på Nyskogen og Røed til somatiske langtidsplasser. Ventelistene på somatisk langtid er langt større enn de som er på venteliste til skjermet. Ved å utvide og gjøre Saltrød om til demenssykehjem kan også de som er i behov av skjermet ivaretas her.

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Støttetjenester til hjemmesykepleie, og fysio-ergo i forhold til tilrettelegging i hjemmet og hjemmehjelp

Da må tildelingskontoret jobbe med kriterier, utskrivningsklare, hvem vil ivaretas hjemme, ressurskalkulator og økt press på langtid.

Pasienter og pårørende får dårligere tilbud, mix av demens, palliasjon og rehab ++ SSHF får fare for overliggere

Tiltaket påvirker Plankemyra og Tromøy bokollektiv, mulig tap av kompetanse.

Hjemmetjenesten får økt press. dagtilbudet må endres
 Økt press på fastlegene med flere syke hjemme
 Institusjonslegene og Fysio-ergo; ressursbesvarende fordi tjenestemottakere med størst behov er samlet
 Arendal eiendom/privat, flere tilrettelagte boliger/omsorgsboliger med og uten base
 Hjemmetjeneste og legevakt økt belastning
 Økt press på hjemmetjenester/kommunale tjenester
 Tjeneste til hjemmeboende, flere må klare seg i eget hjem; hjelpemiddel formidling, dagaktivitetstilbud, pårørende mer ansvar, redusert kompetanse der tilbudet flyttes fra.

Hva er de kloke grepene?

Avslutte tre dobbeltrom; spare 2,4 årsverk. Ingen berørte
 Lindrende til avklaringsavdeling
 samlokalisering = samling av komplekse saker= bedre kvalitet
 samkjøring av korttidsplasser = synergi på kompetanse, lege, fysiodekning, m.m.
 Kompenserende tiltak er øke dagtilbud for hjemmeboende
 Det må kunne gjøres enkeltunntak ved f. eks ektepar

Dette må sees i sammenheng med:

Økt kapasitet med digital hjemme oppfølging, reduserer press på hjemmetjenesten
 Må planlegges og utarbeides i samarbeid med forebyggende, hjemmesykepleie - langsiktige mål
 Folk bor lenger hjemme når korttidsplass fungerer og dagaktivitetstilbud styrkes
 Må ha omsorgsboliger før antall korttidsplasser reduseres
 Reduksjon i korttid, hjemmesykepleie må ivareta langtid
 Bør sees i sammenheng med; redusere antall korttidsplasser, virtuell kortidsavdeling, institusjonsplasser, samlokaliserte dagaktivitetsplasser, post 4
 Holde folk på lavest mulig nivå i trappa, behov for rehabilitering og korttids tidlige for å lykkes

Psykisk helse og rus

Refleksjoner etter ansattes samlinger på Filadelfia i 2023. Basert på behovet i kommunen slik ansette ser det: Spesifiserte institusjoner etc til de forskjellige nivåene på pleie vil være klokt. Generelt vil konsekvensene av tiltak føre til mangel på kompetanse og press på andre instanser. Ved å samkjøre tjenester vil brukere ha mer fleksibilitet.

Ved enkelte tilfeller med utfordrende atferd, og kompliserte prosedyrer etc. blir det ofte leid inn ekstra ressurs på grunn av manglende kompetanse eller utrygghet. Kompetanse må økes.

Legge ned baser tilknyttet BOA øst og vest, Ørbekk og Bjorbekk – 17 / 1 stemmer

Enige i det, Det må være mulig å gi punkt tjenester tilsvarende andre hjemmeboende brukere. Positivt å gi mestring til disse brukere ved å slippe taket på personalbasen Psykiatrisk hj.spl er ikke dimensjonert til å overta eventuell oppfølging. Her må det settes i gang plan og tiltak for dette.

Ta ut bemanning, gjøre om til vanlig boliger. Må kartlegge beboerne og se hvem som kan bo hjemme med punkttjenester inn. Ambulerende tjenester må håndtere flere brukere. Positiv konsekvens: Venstreforskyvning, lavere i innsatstrappa. Aktivitetshus kan benyttes for eksempel ved drift av frivillige

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Legevakt, brannvakt, hjemmesykepleie, psykisk hjemmesykepleie, renhold, og vaktmestertjeneste

Post og kompetansen som er der

Berører en sårbar gruppe som fra før har liten plass i samfunnet

Hva er de kloke grepene?

Delt løsning, overføre ressurs til ambulant team

Kan være positiv å "slippe" litt taket

Mulig oppfølging som punkttjeneste som til andre personer, slik som ved demens f. eks.

Slå sammen bolig med base og bofellesskap. Et oppmøtested, fordele oppgaver

Dette må sees i sammenheng med:

Sees i sammenheng med ambulerende tjenester, f. eks psykisk helse og rus, hjemmesykepleie

Base psykisk helse; flere på institusjon, økt press på ambulerende

Legge ned post 4, Myratunet, 10 plasser 9/3 stemmer

Vi er sterkt uenig å legge ned post 4, disse beboerne fungerer dårlig både i nabolag og for hjemmetjenester eller andre sengeposter, mener at det gir minimal innsparing. Nedleggelse av post 4. 2 plasser omgjøres til omsorgsboliger? *Mangler boliger*, dette er en utfordring. Brukere blir institusjonspasienter, og svingdørspasienter, da dette ikke er tilgjengelig for mange med rusproblematikk. Ved en nedleggelse må en styrke psykiatrisk hjemmesykepleie. Sees i sammenheng med Flostad avd C. Flostad flyttes til Post 4 sine lokaler som legges ned og økes med 2 plasser til brukergruppen. Viktig å vite at vi mangler alderspsykiatri i kommunen, og vi mangler omsorgsboliger. Spesiell pasientgruppe, hvor skal de bo? Finne nye langtidsplasser andre steder i kommunen, økt ventetid. Må spisse vedtak, hvem skal inn her?

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Pårørende pasient, bruker, får økt belastning
 Pasient og pårørende på de stedene de blir omfordelt til/redd, uro
 Andre korttidsavdelinger, dyrt uten kompetanse
 Andre langtidsavdelinger, dyrt uten kompetanse
 Omsorgsboliger, dyrt uten kompetanse
 Vil belaste andre institusjoner, Hjemmetjenesten, Hjemmesykepleie, Nødetater KØH, ambulerende tjenester, Psykisk hjemmesykepleie, hjemmesykepleie, korttidsavdelinger, langtidsavdelinger, omsorgsboliger, legevakt og sykehus
 Alle tjenester

Hva er de kloke grepene?

Behov for flere tilrettelagte boliger
 Brukerstyrte plasser?
 På sikt bare korttidsplasser?
 Øke kapasitet ambulerende tjenester
 Dagaktivitetsstilbud samlet på et sted; logistikk transport, samkjøring og reisetid
 Transportteam fra dagaktivitet, tilrettelagt alle uansett funksjonsnivå
 Psykiatrisk hjemmetjeneste må styrkes
 Det berører en sårbar gruppe med alle begrensede tilbud, ingen forslag vedrørende post 4 er aktuelle. Svært bekymringsfullt å legge ned post 4

Dette må sees i sammenheng med:

Har vi nok korttid?
 Har vi nok institusjonsplasser?
 Ikke mye penger å spare på å legge ned langtidsplasser
 Pasientene passer ikke i vanlige sengeposter

Nedskalere Post 4, Myratunet, 3 plasser – 4 / 0 stemmer

Må da styrke psykiatrisk hjemmesykepleie. Pasientgruppen genererer en del bruk på responstjenester, dette vil økes ved nedleggelse eller nedskalering. Flosta avd C kan evt overta lokalene til post 4. Nedskalering Post 4 må sees i sammenheng med

forebyggende og korttidsplasser. 3 plasser fjernes, nedbemanne. Liten økonomisk gevinst.

Hva er de kloke grepene?

Psykiatrisk hjemmetjeneste må styrkes

Det berører en sårbar gruppe med alle begrensede tilbud, ingen forslag vedrørende post 4 er aktuelle

Dette må sees i sammenheng med:

Flytte post 4 til tomme lokaler, f. eks underetasjen på plankemyra

Avvikle langtidsplasser, omgjøres til korttid

Institusjon

For å forbedre helsetjenestene, må vi se hele institusjonsforslaget i sammenheng.

Det er fornuftig å samle kompetanse innen demens på ett eller to steder. Fjerning av korttidsplasser og plasser for skjerming og lindrende behandling vil ha konsekvenser, spesielt for somatiske pasienter som trenger et annet pleienivå.

Vi må øke kompetansen blant personalet, da antallet eldre og personer med demens vil øke i fremtiden. Kommunen vil dra nytte av spesialiserte enheter, særlig innen demens og atferd. Mange brukere som får langtidsplass på institusjon, kan klare seg hjemme med riktig oppfølging, som må styrkes.

Somatiske og skjermede langtidsplasser må tilpasses til det fakta at minst 85 % av brukerne våre vil i tillegg ha kognitiv svikt. Vi må sikre generell kompetanse. Og med mer fokus på velferdsteknologiske løsninger.

Positive konsekvenser av tiltakene inkluderer muligheten til å lage spesialiserte avdelinger for demens, somatikk, psykisk helse og rus, noe som kan redusere konflikter mellom beboerne. Negativt er økt press på hjemmesykepleien og mangel på omsorgsboliger. Personer med demens må ha tettere oppfølging og prioriteres.

Samlokalisering av bokollektiv, for eksempel for mennesker med demens, kan gi synergier i fagmiljø og ressursbruk. Det er viktig å kartlegge behovet for plassene og vurdere om vi trenger så mange somatiske langtidsplasser. Forebygging av langtidsbehov kan oppnås ved å tilby avlastning både på institusjon og i hjemmet.

Saltrød innehar kun somatiske plasser med tilhørende dagaktivitetssenter – 7 / 0 stemmer

Samle pasienter og ressurser på samme sted, vil sikre rett kompetanse på rett sted. Dette gjelder Rød også

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Hjemmetjenesten, pårørende, sykehuset, personer - innbyggere som er i behov av tjenester

Hva er de kloke grepene?

Samme type tjeneste på hele institusjonen

Institusjoner ivaretar i hovedsak; personer med demens som har behov for helhetlig døgnomsorg + personer som behøver skjerming

Personer med behov for somatisk oppfølging ivaretas økende i hjemmetjeneste

Dette må sees i sammenheng med:

Må sees i sammenheng med Tromøy bokollektiv, Plankemyra og Elim

Rød omgjøres til somatisk langtidsplasser – 16 / 1 stemmer

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Ved nedleggelse av korttidsplasser vil det påvirke hjemmetjenesten, pårørende og pasienten

Plankemyra

Redusere antall plasser ved skjermet avdeling fra 12 plasser til 6 plasser – 2 / 0 stemmer

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Ved nedleggelse av korttidsplasser vil det påvirke hjemmetjenesten, pårørende og pasienten

Økt kompetanse kan føre til bedre rullering og trygghet, og være fleksible på tvers

Redusere tjenesten til demente; hjemmeboende med demens og deres pårørende påvirkes. I tillegg påvirkes hjemmetjenesten

Kompetansespredning

Hva er de kloke grepene?

Legge ned 42 omsorgsboliger på plankemyra og gjøre om til langtidsplass sykehjem -

Hele institusjonen må sees i sammenheng. Det er lurt å samle kompetansen på et eller to steder. Bedre å redusere somatiske plasser enn skjermede plasser. Disse brukerne kan håndteres av hjemmesykepleie eller omsorgsbolig med base.

Dette må sees i sammenheng med:

Hjemmesykepleien får økt mengde arbeid når institusjon må kutte. Trenger plasser på skjermet avdeling, ikke mulig å håndtere disse i omsorgsbolig eller hjemme

Flytte forsterket avdeling 6 plasser fra u etg, til 1 etg – 3 / 0 stemmer

Når vi flytter opp 6 plasser (forsterket) vil det medføre reduksjon av 6 skjerma plasser som må overføres annen institusjon (Saltrød). Følgelig vil bli ledige lokaler og 6 plasser til andre formål. Plankemyra BOS vil etter endring ha 61 langtidsplasser.

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Økt kompetanse kan føre til bedre rullering og trygghet, og være fleksible på tvers

Lengre køer på langtidsinstitusjon, mer press på hjemmetjenesten og mer belastning på pårørende

Mindre spesialisering fører til: mer behov for økt kompetanse for demens og adferd

Hva er de kloke grepene?

Samlokalisere korttidsplasser

Samlokalisere demensplasser på Plankemyra og Færvik/Tromøy

Dette må sees i sammenheng med:

Alders psykiatri? Hvor er det planlagt?

Økt press på hjemmetjenesten, nettogevinst?

Ledige lokaler; handlingsrom for å etablere FACT eldre

Gjøre tre plasser smitterom 3 etg, Ternefløyen til langtidsplasser – 9 / 1 stemmer

Her er det 3 korttidsplasser som omgjøres til 3 langtidsplasser. Det blir mindre korttidsplasser, men langtidsplasser gir større inntjening

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Mindre spesialisering fører til: mer behov for økt kompetanse for demens og adferd

Bruksendring lindrende avdeling 8 plasser, fra korttidsavdeling til somatisk langtids avdeling – 18 / 4 stemmer**Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket**

Plankemyra og Tromøy bokollektiv vil bli påvirket, mulig tap av kompetanse og personell

Hva er de kloke grepene?

Lindrende tilbud flyttes til Østre Agder helsehus/Myratunet

Beholde lindrende avdeling, men ligger den riktig sted. Flytte, og realisere nye plasser

Dette må sees i sammenheng med:

Samlokalisering av like tjenester kan være positivt kompetanse messig

Færvik gjøres om til demensplasser/skjermet avdeling. Mulighet for å tilrettelegge nå ved ombygging- bruk muligheten

Nyskogen har kun somatiske plasser, og de skjermet avdeling legges ned– 8 / 2 stemmer

Her må man se hvordan man skal ivareta pasientene best mulig når dette endres.

Hva er de kloke grepene?

Somatiske pasienter som kan faglig ivaretas i eget hjem med diverse hjelpemidler, skal det reduseres på langtid, er det derfor somatiske som må reduseres.

Langtids blir felles betegnelse for somatisk og skjermet - Kompetanse

Tilsynslegene; øke kompetanse rundt avklaringssamtaler ved livets slutt, skape trygghet blant tilsynslegene

Elim legges ned som bokollektiv, 16 plasser to avdelinger- 30 / 14 stemmer

Elim og Tromøy må sees opp mot hverandre ift forsvarlighet og ivaretagelse av pasientene. Bør ikke legge ned begge.

Nedleggelse av Elim og Tromøy Bokollektiv (TBK endres til langtid): bokollektiv kan være et nødvendig mellomledd mellom hjemmeboende og institusjonsplass. Disse pasientene som ville fått plass der, burde ivaretas hjemme eller i omsorgsbolig så lenge som mulig, med styrkede dagtilbud.

Dersom hjemmesykepleien samlokaliseres og Elim legges ned, er et mulighetsrom å etablere nytt dagaktivitetstilbud på Hisøy i kombinasjon med noen tjenester fra habilitering/mestring. Flytte ressurser fra dagaktivitetssenteret på Saltrød til Hisøy og samle flere langtidsplasser på Saltrød bl.a. skjermet plasser (demenssykehjem).

Hva er de kloke grepene?

Samlokalisering av alle dagaktivitetstilbud i lokalet

Ambulerende demensteam fra ansatte i bokollektivet

Selger bokollektivet til private - og omgjøres til omsorgsboliger

Dette må sees i sammenheng med:

Kompetansen ut til ambulerende team til hjemmet

Færre langtidsplasser gir mindre inntekter

Tromøy bokollektiv endres til langtidsavdeling demente, 21+ (6 korttid)- 9 / 6 stemmer

Heldøgns institusjon/bokollektiv for personer med demens. Tromøy bokollektiv har 27 plasser fordelt på 4 avdelinger. 3 avdelinger med langtidsplasser (21) og en korttidsavdeling for vurdering av diagnose og funksjonsnivå (6 avlastning og kartleggingsavdeling) Hver avdeling har eget kjøkken og lager all mat i avdelingen.

Typisk bokollektiv pasient, kommer inn grunnet; behov for døgntkontinuerlig oppfølging, ofte fysisk spreke, men redusert kognitivt. Tromøy med stort uteområde/hage tilhørende bakstbu/utestue. Lavt sykefravær og lite turnover. For lite areal til hjelpemidler → Risiko for brudd, inaktivitet, og belastningsskader hos ansatte. Fravær av skyllerom → Økt infeksjonsfare på grunn av manglende hygieniske fasiliteter. Ansatte vil ikke over til langtidsavdeling → Tap av kompetanse når erfarne ansatte slutter. Ansatte som ikke ønsker å endre arbeidsplass → Emosjonell belastning og ytterligere

Hva er de kloke grepene?

Tiden for bokollektiv er passert

Behov for skjermet fagkompetanse, kan benyttes inn i hjemmetjeneste og skjermet

Dette må sees i sammenheng med:

Skjermet til Tromøy bokollektiv

Tromøy bokollektiv legges ned som bokollektiv, 27 plasser- 7 / 0 stemmer

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Hjemme sykepleien får økte tjenester

Hjemmetjenesten får økt press

Pårørende

Økt behov for hjemmehjelp og andre hjemmetjenester

Habillitering

Flytte Flosta avd. C. til sentral beliggenhet, 8 plasser- 35 / 6 stemmer

Flosta avd. C er en institusjon for 8 eldre mennesker med nedsatt funksjonsevne og demens.

Enig i forslag. Flosta C bygget kan omdisponeres til omsorgsbolig og knyttet til hjemmesykepleie basen på Flosta bos oppi bakken. Dersom det finnes flere boliger som er mer egnet bør man se på dette. Ta hensyn til trygge rammer og kjent personell i flytting. Kan sees i sammenheng med post 4, da Flosta C kan flyttes hit. Positivt å flytte for å sikre fagmiljø, ressurser, kompetanse, for eksempel til Plankemyra

Berørte tjenester og aktører

pårørende, brukere og ansatte

Vanskelig å rekruttere

Hva er de kloke grepene?

Flosta c og institusjoner bør gi likere tjenester

Dele nattevakt med resten av Flosta

Flosta c kan bli omsorgsbolig med base

Dette må sees i sammenheng med:

Flytt Flosta C til post 4

Mestring

Samlokalisering av dagaktivitetstilbud for synergier- 71 / 12 stemmer

Brukerne med dagaktivitetstilbud, vil få en bedre livskvalitet og helse som hjemmeboende. Det utsetter behov for økte tjenester høyere opp i innsatstrappa, som er langt mer kostbare for kommunen. Viktig avlastning for personer de bor sammen med.

Enig i forslag, og i tillegg bør noen dagsenter ha åpne tilbud på kvelds tid noen kvelder uken. Vil gi avlastning for hjemmesykepleien og pårørende. Det er en god ide og samle tjenester. Ved nedtrekk bør noe av økonomien en tar ned flyttes til å styrke tjenester ned i omsorgstrapp.

Refleksjon: Ikke alltid lurt å samle alt i ett hus, blir det for stort så er det mer utfordrende å følge opp den enkelte. Brukergruppe med ulik fungering.

Ha aktivitetssenter i de ulike sonene, trekke ut de best fungerende.

Bruke frivillige, for eksempel Kirkens bymisjon, Røde Kors e.l. Utvide bruken av frivillige til også å gjelde inne på avdelingene.

Forskjell på aktiv for hjemmeboende og de som bor på sykehjem. Hvis man blir hjemmeboende lengre, vil ikke behovet for dagsenter bli aktuelt.

Hus med flere ulike avdelinger, der man tar hensyn til de ulike pasientgruppene, samtidig som man sikrer fagmiljø, ressurser etc. Lettere for transporttjenesten.

Ha tilbud på sommeren i stedet for å stenge, avlaste pårørende. Evt også kveldstid.

Avhenger av omsorgsboliger

Mindre inngripende tiltak

Forebyggende tjenester - Avslutte 3 dobbeltrom Myratunet – 39 / 9 stemmer

Dobbeltrom Myratunet er veldig lite brukt som dobbeltrom. Ingen større konsekvens. Enig i tiltak med å avslutte dobbeltrom, gjøre unntak ektepar.

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Tildeling får færre plasser på korttid

Hjemmebaserte tjenester

Responssenteret og KØH

Tildeling får færre plasser å tildele

Færre korttidsplasser og lengre ventetid

hjemmetjenesten

Hva er de kloke grepene?

Positivt

Lettere å ivareta taushetsplikten til pasient

Vanskelig å benytte riktig uansett

Gjør unntak for ektepar på korttid

Rommene har til nå ikke vært brukt som dobbeltrom, lite konsekvenser av tiltak, innsparende med tanke på årsverk.

Dette tiltaket må sees i sammenheng med:

Unntak ved ektepar
prioriteres til pasienter med mye hjelpemidler

Institusjon - Færvik BOS reduserer to årsverk- 29 / 4 stemmer

Færvik bos vil føre til at en kommer ned på rett bemanning. Pasientene lokalt vil kunne føle forringet tjeneste. Mer rettferdig tilbud som helhet. Enig i konsekvens og tiltak. Vurdere å samlokalisere demensplasser her, sett i lys av de andre reduksjonene.

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

ansatte må omplasseres
Pasienter, ansatte, pårørende
økt turnover og sykefravær, press på leder

Hva er de kloke grepene?

Ny døgnyttmeplan og ny bemanningsplan
Gode grep allerede vedtatt

Dette må sees i sammenheng med:

Må sees i sammenheng med modulsykehjem

Hjemmesykepleien - Fagstøttende roller reduseres- 12 / 0 stemmer

Samlokalisering bidrar positivt for å utnytte fag koordinator kompetansen bedre enn spredd slik som i dag. Ved en eventuell reduksjon må en kartlegge hvor mye reduksjon og om det medfører at større arbeidsmengde overføres til virksomhetsledere (dette ser en konsekvens av i andre enheter). Hvor stor gevinst vil en få av å redusere fagstøttende rolle? En dårligere oversikt kan medføre mer krevende tjenester.

Økonomisk tiltak. Erstatte kompetanse med digitale kursplaner/oppfølging/ kompetanseheving for å sikre økt kompetanse hos den enkelte ansatte. Det er vanskelig å sikre med en fagkoordinator.

Hvis vi reduserer fagstøtte, vil det bli for stor belastning på virksomhetslederne og enhetslederne. Da må det settes inn avdelingsledere. Kan ikke kutte i ansattstaben som jobber i tjenesten. Nedtak av fagstøttende rolle i en tjeneste som stadig øker vil ikke være hensiktsmessig og vil medføre svært økt belastning på ansatte og ledere.

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Alle tilknytte tjenester vil bli berørt
Virksomhetsledermed tanke på arbeidsbelastning

Hva er de kloke grepene?

Sparte ressurser
kutt ut å bruke så mye tid på vedtakstid/endringer, for mye tid på administrative oppgaver

Sett inn avdelingsleder for fagstøtte

Dersom tildeling rustes til å sikre god pasientflyt vil presses reduseres, og det kan vurderes å redusere fagkoordinator til en per to avd.

Ny organisering i hjemmesykepleien, færre virksomhetsledere, kutte ut fagkoordinator, ansette avdelingsleder som er til stede og har daglig oppfølging
Sikre digital oppfølging til ansatte

Dette må sees i sammenheng med:

Fagstøttende roller kan ikke reduseres samtidig som andre tjenester reduseres, belastningen blir totalt sett større.

Samlokalisering kan bidra til at fagkoordinatorrollen kan endres til mer fagoppfølging
Økt belastning på de som er igjen, og sykepleiere på avdeling

Nattpatruljen - samkjøring på natt avvikes- 28 / 6 stemmer

Enig i at Nattpatrulje forslag og samkjøring avvikes. Kan nattpatruljen jobbe utfra fremmøte på institusjoner for å bidra der i løpet av Natten ved ledig tid? Det kan være fornuftig å avslutte samkjøring på natt. Må styres av behov til pasienter. Viktig med god HMS. Skal flere med behov for langtid bo hjemme vil det kreve mer tjenester fra Nattpatruljen. Ved at nattevakter trekkes ut av bofellesskap må en se på om nattpatruljen kan utføre tilsyn og se på brannvern. Det er store muligheter for innsparing. Digitale tilsyn kan gi store innsparinger og ivareta behovene.

Alarmberedskap blir skjult beredskap. Sett i sammenheng med samlokalisert responssenter med uttrykning, kan dette sikre oppfølging og koordinering i større grad. Dette tiltaket bør sees i sammenheng med dette. Må risiko vurderes ift situasjoner og områder man kommer opp i alene på natt. Fordeler: kan redusere antall ansatte på natt

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Ansatte i nattpatruljen blir påvirket og responstid på natt vil øke. Da vi må være to f. eks ved fall, som igjen går utover pasient. Går utover ansatte /rekruttering og trygghet

Hva er de kloke grepene?

Redusere konsekvenser av en ansatt i bil; ikke nødvendig at nummer to er helsepersonell - assistent, person i arbeidstrening kan være med.

Samkjøring vurderes per pasient. Nummer to på Base institusjoner for å hjelpe i stille perioder

Kjøre alene på natt, med bistand fra habilitering

Dette må sees i sammenheng med:

Samlokalisering av responssenteret, beredskap i forhold til alle trygghetsalarmer i kommunen

Avslutte praktisk bistand- 25 / 9 stemmer

Praktisk bistand må betales fra andre aktører enn kommunen, samtidig må en vurdere hva en har av kapasitet i kommunale tjenester. Hva vil dette medføre av

behov for tjenester fra andre og vil det være kostnadsbesparende? Stille spørsmålet ved hva er det faktisk behov for. Forventer pårørende for mye?

Andre ivaretar denne tjenesten, evt at aktuelle må kjøpe tjenesten. Sees i sammenheng med rett kompetanse til rett tid. Må reduseres, kan frivillige inn her? Hjemmehjelp? Sml leksehjelp. Fordeler: Bruker kompetansen til rette oppgaver, sml TØRN. Fristille tid til nødvendig helsehjelp

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Hjemmesykepleien, pårørende og brukere

Praktisk bistand rustes opp til å overta hele ansvaret (Ann Karin). Pårørende må gjøre mer

Påvirker hjemmesykepleien positivt ved å bruke riktig kompetanse

Enhet mestring får større arbeidsmengde

Hva er de kloke grepene?

Avslutte er klokt - frivillig hjemmehjelp

egne team som tar vare på de med demens og begynnende demens, demens team

Dette må sees i sammenheng med:

Pasienter kan kjøpe private tjenester, Tørn

Informasjon om nedtak av tjenester må informere innbyggere – dette må komme fra kommuneledelsen. I mange av forslag som kommer opp er det hjemmetjenester/sykepleien som berøres. Dette er sårbart og må tas hensyn til.

Habillitering - Trekke nattvakter ut av flere bofellesskap- 29 / 2 stemmer

Kan reduseres ved å erstattes med digital oppfølging av evt virtuell korttidsavd, evt digitalisering/video via responscenter. Bør flytte ressursene her til andre tjenester eks ambulerende/bofellesskap. Dette vil medføre mindre overtid og vikar innleie behov i bofellesskap. Kan påføre for mye belastning på andre tjenester også institusjon.

Ambulerende nattevakter, bistå nattpatruljen ved behov? Fordel: Kan kutte ned i NP, og få sikret bistand ved behov for 2 på nattlige oppdrag

Tjenester og aktører som er involvert i tiltaket

Pasienter, ansatte og pårørende

Brukere får økt selvstendighet

Hva er de kloke grepene?

Nattevakter kan erstattes av digital oppfølging

Kameratilsyn på natt på alle bofellesskap

Ambulerende nattjeneste

Felles base for nattevakter. Kan redusere betydelig antall nattevakter ved digitalt tilsyn

Ambulerende nattevakt - bistå andre tjenester

Dette må sees i sammenheng med:

Digitalt tilsyn

Digitale hjelpemidler

Dersom post 4 legges ned, kan Flosta flytte dit

Kutte fritidskontakter for dem som bor i bofelleskap- 19 / 3 stemmer

Tiden blir dårlig utnyttet av personalet, Dobbelttjeneste pr i dag. Personalet +fritidskontakt er tilgjengelig. Kan gi/ gir lignende tilbud av personalet i bolig. Bofellesskapet bør dekke dette behovet.

Hva er de kloke grepene?

ok å kutte fritidskontakt

bør ikke være nødvendig med doble tjenester

Redusere fagutviklerrollen fra 2 til 1- 12 / 2 stemmer

Vil kreve at andre gjør oppgavene. For eksempel. Kap 9. Større fleksibilitet ved fravær av f.eks. ledere. Konstituering. Behov for kap. 9 kompetanse. Mangel vil kunne føre til økt behov for tjenester. Sett i lys av andre enheter er dette likhet. Man må allikevel sørge for at oppgaver ivaretas. Hvis vi reduserer fagstøtte, vil det bli for stor belastning på virksomhetslederne og enhetslederne. Da må det settes inn avdelingsledere. Kan ikke kutte i ansattstaben som jobber i tjenesten

Hva er de kloke grepene?

Redusere fagutvikler ok

Bemanning/turnus først- inntak etterpå. Opprette venteliste på vedtaksdøgn vi ikke kan oppfylle i den rammen vi har ingen stemmer

Ventelister, ekstra belastning, Flere klager, Lettere å følge budsjett, Tildeling får større jobb og belastning. Man må sørge for at forsvarlighet ivaretas. Planlegge bemanning/ turnus før inntak: Dette har vi ikke god nok kunnskap om

Mestring -Dagaktivitetsstilbud, for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, må komplementere reduksjon i andre enheter- 42 / 9 stemmer

Flere med lovkrav om dagtilbud (demente) ved nedleggelse av sykehjemsplasser. Vi må øke tjenesten, Flere pasienter med komplekse behov og økt behov for kompetanse i geriatri. Samle ressurser og kompetanse er positivt. Fordeler med å styrke dagaktivitetstilbud: Avlaster ambulerende og pårørende. Forutsetter en styrking av transporttjeneste.

Styrke transporttjeneste for bedring av system og unødige bilutgifter, inkluderer å overta Car Admin- 43 / 10 stemmer

Bedre kontroll over bilparken. Redusert behov for antall kjøretøy. Bedre vedlikehold med dedikerte ansatte med bilansvar. Rullering av biler. Spredte dagtilbud. Transport kjører over store områder. Samlokalisering ville redusert behovet ift. transport. Bra og positive tiltak. Styrke transporttjenesten: Caradmin kan være med og minske antall

skader, avlaste ambulerende og bofellesskap. • Redusere skader på tjenestebilene, ansvarlig gjøre sjåførene (CARadmin)

Hjemmesykepleien – innføre caradministrasjon, vil betraktelig redusere utgifter og skader på biler, og vil på sikt redusere forsikringssummer.

Utenfor boksen ideer og muligheter

Forebyggende tjenester:

- Etablere virtuell korttidsavdeling, avlastning i eget hjem og innsatsteam.
- Ta hjem responscenter og telemedisinsk senter, overføre responscentertjeneste til TMS.
- Koordinatorer for pensjonister, sykemeldte og samarbeid mellom skole og institusjon.
- Velferdsteknologi for kostnadsbesparelse og redusert behov for årsverk.

Institusjon:

- Ansatte på Rød betjener beboere på omsorgsboliger, økt bruk av digitale verktøy.
- Avvikle bokollektiv som institusjonsform, samlokalisere dagsenter.
- Plankemyra, Tromøy/Færvik og Saltrød som rene demensavdelinger.
- Demenslandsby med samordning av Færvik og Tromøy.
- Ambulerende sykepleier på tvers av institusjoner.

Tildeling:

- Viktig inngang til tjenestene, behov for lik vurdering og bedre kartlegging.
- Økt fagkompetanse i tildeling (lege, overlege).

Psykisk helse og rus:

- Utvidelse av lavterskeltjenester, dropp-in tilbud.
- Langtidsplass for psykisk helse/rus på Plankemyra.
- Sammenslåing av base og bofellesskap.

Hjemmesykepleien:

- Ny organisering med standardpakker og valg av tjenester.
- Nattpatruljen basert på omsorgssentrene, jobbe ut fra institusjoner.
- Drop-in hjemmesykepleie for enkelte prosedyrer.
- Økt bruk av digital hjemmesykepleie, ambulerende sykepleier på tvers av institusjoner.
- Innsatsteam med fokus på egenmestring.

Habillitering

- Flytte Flosta avdeling til Plankemyra, bruke felles nattevakter.
- Kutte fritidskontakter.

Mestring:

- Opprette tilsynsleger i omsorgsboliger, økt åpningstid på dagsenter.
- Øke antall dagsenterplasser, seniorsenter med aktivitetstilbud.
- Dusje pasienter på dagsenter for å avlaste hjemmesykepleien.
- Spesialisering i omsorgsboliger (somatikk, demens, rehab).

Annet:

- Bolighjelp og veiledningsteam bolig.
- Økt bruk av tverrfaglig innsatsteam.
- Samarbeid mellom innsatsteam rehabilitering og psykisk helse.
- Bedre behandlingsavklaringer og entydig informasjon til innbyggerne.
- Bruke ansatte som ambassadører, forventningsavklaring.
- Utfordre menigheter til å støtte sine medlemmer.
- Kommunen lager nettside for private aktører.
- Institusjonsleger drilles på tidlig avklaring.
- Fastlegene involveres tidlig i kompliserte saker.
- Økt bruk av frivillighet, vurdere Nyby.
- Gratis tannhelsetjeneste til alle over 70 år.
- Boligplanlegging og flere tilrettelagte boliger.
- Prioritere forebyggende arbeid, satse på trinn 6 og 8 i trappa.
- Ansette avdelingsledere i stedet for fagkoordinatorer.
- Gratis trening i arbeidstiden, HR må ut i avdelingene for å forebygge fravær.

Noe helt annet:

- Åpningstider i skole/SFO påvirker helsetjenestene.
- Gjør noe med skolestrukturen.
- Dropp helsehuset.
- Multidose på resept.
- Pilot med endringsagent for beste praksis og sparetiltak.

Tjenester som vil fungere på tvers av virksomheter

Samordning av natt-tjenesten:

- Samarbeid på tvers av helse og mestring kan gi gevinst, redusere behovet for nattevakter og gi mer effektive kjøreruter.

Ansatte på tvers av enheter:

- Bruk av HELT MED ansatte på tvers av enheter.
- Trening som behandling innen psykisk helse og samtale som behandling innen muskel-skjelettplager.
- Lærings- og mestringskurs med kompetanse på tvers av virksomheter.
- Styrke- og balansetrening digitalt i hjemmene med oppfølging av fysio, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Digitale løsninger:

- Økt bruk av digitale tilsyn på natt.
- Car admin for bedre administrasjon.
- Respons senter i kommunal regi sammen med telemedisinsk oppfølging.
- Samlokalisering av innsatsteam, tildelingskontor og hjemmesykepleien.
- Felles bilpark for Arendal kommune, tilpasset behov.

Telefontjenester:

- Responssenteret, TELMA, virtuell korttidsavdeling og responsstelefonen på legevakten.
- Virtuell korttidsavdeling kan ta vurdering i stedet for hjemmesykepleien.

Assistentavdeling:

- Utføre hjemmehjelpsoppgaver og praktisk bistand til hjemmeboende.

Ekstra forslag:

- Samarbeid med innsatsteam for å styrke tjenesten økonomisk og helhetlig.
- Bruke AKS som bindeledd mellom tjenestene.
- Felles bilpool og praktisk bistand pool.
- Fastvaktpool med frivillige og assistenter.
- Gode rutiner for samarbeid og avklaring av økonomiske aspekter.

Ellengård:

- Ansvar for alle biler, bruk av VTA/VTO til vasking av biler.
- Egen avdeling med ansvar for 1:1, 2:1, 3:1 tiltak.
- Medisindispenser til alle med vedtak på medisin utdeling fra hjemmesykepleien.

Psykisk helse og rus:

- Psykisk helse barn og unge bør ligge under psykisk helse og rus.
- TryggEst telefon kan håndteres av ansatte i psykisk helse eller barne- og familietjenester.
- Habilitering barn og unge bør ligge under barne- og familietjenester.

Tidsforløp på endringstiltak institusjonsplasser

Disse endringsforslagene er tiltak som henger sammen med andre tjenester. Derfor er det viktig å se endringene i en tidslinje slik at en planlegger godt og forankrer rekkefølgen i forhold til viktige milepæler og forutsetninger. Følgende er innspill fra workshop:

Tidsperiode	Forslag på tiltak – når gjør vi hva
Nå	Langtidsplasser institusjon - Revurdere alle tildelte omsorgsboliger for å øke kapasitet. - Planlegge bygging av omsorgsboliger med base. - Se på helhetlig boligplan i tidshorisont. - Tettere dialog med videregående skole for praksis. - Informasjon til innbyggere og ansatte på hva som skjer. - Utvide dagtilbud, både dag og kveld, og flere plasser. - Omgjøre smitterom til langtidsplasser på Plankemyra. - Flytte lindrende til Østre Agder helsehus - Kartlegge plassering av langtidsplasser på post 4. - Kartlegge ansattes kompetanse. Korttid: - Øke kapasitet på tildelingskontoret. - Øke/styrke helseteknologi. - Sjekk ut og ta responscenter hjem, og se sammen med Digital hjemme oppfølging. - Styrke ambulant team. - Spisse kriterier for tildeling av korttidsplasser. De som venter på langtidsplass må vente hjemme. - Definere kriterier for alle typer omsorgsboliger med og uten base. - Definere kriterier for langtidsplasser. - Kutte korttidsplasser. - Flytte innsatsteam til enhet hjemmesykepleie. - Lage tidsplan for gjennomføring. - Samlokalisere korttidsplasser på Myratunet. - Kartlegge muligheter for tilrettelagte boliger og omsorgsboliger med base. - Avslutte dobbeltrom på Myratunet. - Avslutte stillinger på Færvik. - Informasjon til ansatte og innbyggere. Post 4: - Informasjon til befolkningen. - Endre hjemmeside. - Regne på reell innsparing på tiltaket.

Tidsperiode	Forslag på tiltak – når gjør vi hva
	- Bruke ressurskalkulator. - Evaluere tildeling. - Informere ansatte og pårørende. - Revurdere tjenestene for pasientene på langtid på post 4. Andre: - Holdningskampanje internt. - Holdningskampanje til innbyggerne. - Slå sammen base og bofellesskap i psykisk helse.
Før sommer 2025	Langtidsplasser institusjon: - Habilitering – alle beboere med dagtilbud kjøres retur/retur av personal ved boligene. - Dialogmøter med frivillig sektor; Røde Kors, frivilligsentralene, kirkelige trossamfunn osv. - Ikke legge inn nye pasienter før avvikling, naturlig avvikling. - Frigi flere tomter for private utbyggere med strenge føringer til utforming. Korttidsopphold: - «Alt» er avhengig av tilrettelagte boliger. - Forberede målrettet korttidsopphold, konkretisere tilbud, bygningsmessige tilpasninger. Post 4: - Revurdere vedtak på PU (psykisk utviklingshemmede) brukere i bofellesskap (kartlegg hvem som kan få punkttjenester). - Kartlegge brukere på post 4, og vurdere hvor de kan flyttes. - Ta ned bemanningsfaktor på post 4, og begynne med prosessen. - Legg ned Elim – start gradvis nedtrapping, ikke ta inn nye brukere.
August til september 2025	Langtidsplasser institusjon: - Avvikle Elim, omgjør korttid til langtid på Tromøy Bo Kollektiv (TBK), flytte pasienter fra Elim til TBK. - Nedleggelse av Elim – bruk lokalene til samlokalisering av dagtilbud. - Se målrettede korttidsplasser i sammenheng med post 4. - Flytte post 4 langtidsplasser til Plankemyra, når lokalene er ledige. - AKST sykepleiere på langtid, sykehjemsleger kan flyttes ned i trappa, denne legeressursen kan brukes i hjemmesykepleie og omsorgsboliger. - Etablere innbygger/pårørende senter, fysisk og digitalt, tips og råd, veiledning osv. - Flytte Flosta avd C til Plankemyra eller Myratunet.

Tidsperiode	Forslag på tiltak – når gjør vi hva
	Korttidsopphold: - Målrettet korttidsopphold før reduksjon eller endring i langtid/bokollektiv. - Flytting av lindrende senger til avklaring – gitt at avklaring har ledige rom. - Redusere og omorganisere natt tjenesten. Post 4: - TBK omgjøre korttid til langtidsplasser, flytte beboere fra Elim. - Styrke tildeling. - Før september, gjøre om to leiligheter til omsorgsbolig, revurdere vedtak. Andre: - Utvide åpningstider på kommunalt lager til kveld og helg. - Hver enhet MÅ jobbe med å definere hva som skal prioriteres og nedprioriteres.
Oktober- desember 2025	Langtidsplasser institusjon: - Tilrettelagte boliger for eldre – oppdrag til Moelven, bygge 4 ganger 20 boliger på rekordtid, pluss en cafe (modulbygg). Andre: - Samlokalisere aktivitetssenter. - Utvide åpningstider på dagaktivitetssenter og transport. - Økt areal til dagsenter når Elim flytter ut.
Januar – april 2026	Langtidsplasser institusjon: - Økt fokus på livslange tjenester, kostnader! Post 4: - Ruste opp aktivitetssentrene, samlokalisering, gradvis forsøk på utvidet åpningstid – krever økt bemanning. - Legg ned avklaringsavdelingen. Andre: - Når hjemmesykepleien vest blir samlokalisert på Fløyheia – øke aktivitetstilbudet på Elim, samlokalisere dagaktivitetssentrene på Elim.
August 2026	- Nedleggelse gradvis av TBK høst 2026 – gitt at noen går av ved naturlig avgang. Flyttes til andre langtidsplasser som åpnes ved samlokalisering av korttid.

Handlingsplan for prosessinnspill

Proessen har gitt mange konstruktive og innovative ideer. Rapporten er laget for å samle alt vi har drøftet og landet sammen på et sted. Videre bør det arbeides frem en handlingsplan på innspill og idéer og analysere disse til konkret handling. Vi må også prioritere hvilke tiltak som er viktigst, realistiske og som gir størst gevinst, samt tidsrammer.

Kilder:

[Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger - Helsedirektoratet](#)

[Utforming av omsorgsboliger - Husbanken](#)

[Meld. St. 21 \(2024–2025\) - regjeringen.no](#)