



---

## Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>KUNNSKAPSGRUNNLAG</b>	<b>6</b>
<b>INNBYGGERINVOLVERING I PLANPROSESSEN</b>	<b>6</b>
<b>POLITISK ARBEIDSVERKSTED</b>	<b>8</b>
<b>OPPSUMMERTE INNSPILL FRA ARBEIDSVERKSTEDER SONER I HJEMMETJENESTEN</b>	<b>11</b>
<b>AKTUELLE FAG- OG DELPLANER I TØNSBERG KOMMUNE AV BETYDNING FOR FREMTIDENS HJEMMETJENESTE I KOMMUNEN</b>	<b>12</b>
<b>HJEMMETJENESTEN I TØNSBERG KOMMUNE I 2022</b>	<b>12</b>
<b>Omsorgspyramiden</b>	<b>12</b>
Heldøgnsbemannede omsorgsboliger	14
Hjemmetjenesten	14
<b>FORDELINGEN AV ANDEL FAGLÆRTE OG UFAGLÆRTE I HJEMMETJENESTEN</b>	<b>14</b>
<b>BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I HJEMMETJENESTEN PER MARS 2022</b>	<b>15</b>
<b>DEMOGRAFISK UTVIKLING</b>	<b>16</b>
<b>UTVALGTE MÅL, STRATEGIER OG TILTAK FRA FAGPLAN AKTIV ALDRING OG FREMTIDENS ELDREOMSORG 2022-2024</b>	<b>16</b>
Hovedmål 1:	16
Delmål 2:	17
Delmål 4:	17
Delmål 5:	18
Delmål 8:	18

<b>HANDLINGSDEL FREMTIDENS HJEMMETJENESTER I TØNSBERG KOMMUNE – ANBEFALINGER OG TILTAKSOVERSIKT</b>	<b>20</b>
<b>Fremskrevet behov for årsverksvekst hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand</b>	<b>20</b>
<b>Sone praktisk bistand og mestring- og oppfølgingstjenesten</b>	<b>23</b>
<b>Kompetanseheving og anbefalt kompetansesammensetning på hjemmesykepleiesonene</b>	<b>23</b>
Fagkoordinator på tvers av alle sonene	24
AKS-sykepleier på alle soner	24
Kompetanse på velferdsteknologi	24
Økt flerkulturell kompetanse	25
Kompetanse på palliasjon/lindrende behandling på alle soner	25
Demens	25
Kreft	25
Psykisk helse og avhengighet	26
Øvrig kompetanseheving	27
<b>Rekruttere og beholde ansatte</b>	<b>27</b>
<b>Velferdsteknologi og tildeling av hjelpemidler for økt trygghet og egenmestring</b>	<b>28</b>
<b>Hverdagsrehabilitering</b>	<b>28</b>
<b>Digital infrastruktur</b>	<b>28</b>
<b>Strengere tildeling av tjenester og tydeligere avgrensning av vedtak</b>	<b>29</b>
<b>Opprette en helsestasjon for eldre</b>	<b>30</b>
<b>Tilgjengeligheten til lege</b>	<b>30</b>
<b>Sonestruktur</b>	<b>31</b>
<b>Lokalisering natttjenesten Tønsberg og tilgang til kompetanse på natt</b>	<b>31</b>
<b>«Portørtjeneste» for hjemmetjenesten</b>	<b>32</b>
<b>Bilpark</b>	<b>32</b>
<b>Lavterskel-, dag- og aktivitetstilbud</b>	<b>32</b>
<b>Tiltaksoversikt for opptrapping av hjemmetjenesten 2023-2026</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG 1: ARBEIDSVERKSTEDER VED SONENE I HJEMMETJENESTEN</b>	<b>36</b>

<b>Tilbakemeldinger fra sone Sem</b>	<b>36</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Søndre Slagen</b>	<b>37</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Re</b>	<b>41</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Tolvsrød</b>	<b>43</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Træleborg</b>	<b>44</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone natt</b>	<b>47</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Klokkeråsen</b>	<b>49</b>
<b>Tilbakemeldinger fra sone Solvang</b>	<b>53</b>

## SAMMENDRAG

Denne opptrappingsplanen for hjemmetjenesten i Tønsberg kommune er utarbeidet i forlengelsen av Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg som ble vedtatt i Kommunestyret 8. desember 2021. Opptrappingsplanen bygger på det samme kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for nevnte fagplan. Det har videre vært gjennomført både et politisk arbeidsverksted og arbeidsverksteder ved alle hjemmetjenestens soner i kommunen der det har kommet mange innspill fra ansatte rundt hva de mener kommunen bør prioritere av tiltak for å møte en aldrende befolkning. Alle innspill som er kommet gjennom arbeidsverksteder er synliggjort i delplanen.

Opptrappingsplanen bygger i stor grad på en nøye vurdering av innspill fra både politikere og ansatte, og innspill som har kommet fra kommunens innbyggere i undersøkelsen som ble gjennomført i 2021 under utarbeidelsen av Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg.

I opptrappingsplanens handlingsdel er det valgt ut flere temaområder med dels anbefalinger og dels forslag til konkrete tiltak. Mange av tiltakene krever at det settes av drifts- og/eller investeringsmidler i økonomiplanperioden 2023-2026 for å sikre en tilstrekkelig dimensjonert hjemmetjeneste som blir gjort i stand til å følge opp den politisk vedtatte dreiningen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Flere innbyggere skal bo hjemme lenger og følges opp av hjemmetjenesten enten alene eller i kombinasjon med ulike lavterskel, dag- og aktivitetstilbud. For å få til dette er det helt nødvendig at det prioriteres å sette av midler til oppbygning og styrking av hjemmetjenesten, slik at kommunen kan forebygge, utsette og/eller unngå et høyere og mer kostnadskrevende omsorgsnivå. Det anbefales derfor at det settes av midler til å få gjennomført foreslåtte tiltak, og en gradvis opptrapping av hjemmetjenesten, i tråd med tiltaksoversikten sist i planen.

## Innledning

Denne opptrappingsplanen for hjemmetjenesten er en oppfølging av politisk vedtak i forbindelse med behandlingen av Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg i kommunestyret 8. desember 2021, og må ses i nær sammenheng med fagplanen:

KST-vedtak (162/21):

*«Tønsberg kommune møter veksten i antall eldre i årene først og fremst gjennom styrking av lavterskeltak, og gjennom styrking av den hjemmebasert omsorgen. Det utarbeides en opptrappingsplan for hjemmetjenesten, og en plan for økt dimensjonering og differensiering av dag- og aktivitetstilbud for eldre som fremmes for politisk behandling i 2022.»*

Vedtaket ovenfor må også ses i sammenheng med vedtaket om utbygging av heldøgnsbemannede omsorgsplasser (KST 162/21):

*«Fremtidig utbygging av døgnbemannede omsorgsplasser planlegges som omsorgsboliger, fremfor institusjonsplasser. Dekningsgrad som planverktøy for utbygging forkastes og erstattes med KS' dimensjoneringsverktøy, der man legger til grunn kunnskap om helse og levealder samt en dreining av tjenestene i kommunen fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg.»*

Disse vedtakene innebærer en ny retning for kommunen der man i vesentlig større grad satser lavt i omsorgstrappen slik at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig eller livet ut, og samtidig at det legges opp til en nøktern utbygging av døgnbemannede omsorgsplasser<sup>1</sup>. Skal vi lykkes med det siste er det åpenbart svært viktig at det iverksettes tiltak for å bygge opp kapasiteten til hjemmetjenesten i årene fremover.

## Kunnskapsgrunnlag

Opptrappingsplan for hjemmetjenesten i Tønsberg kommunen bygger på samme kunnskapsgrunnlag som Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg, og det vises derfor til kunnskapsgrunnlaget i fagplanen.

## Innbyggerinvolvering i planprosessen

I forbindelse med utvikling av Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg i 2021, ble det gjennomført en innbyggerundersøkelse. Opptrappingsplanen for hjemmetjenesten bygger på innspill

---

<sup>1</sup> Tønsberg kommune disponerer når Hogsnes Helsehus er satt i drift 522 døgnbemannede omsorgsplasser fordelt på institusjonsplasser og døgnbemannede omsorgsboliger. I 2050 vil det med en nøktern utbyggingstakt være behov for 779 døgnbemannede omsorgsplasser i kommunen, i tråd med KS' dimensjoneringsverktøy som ble vedtatt i Kommunestyret 8. desember 2021.

fra innbyggerne gjennom denne prosessen og det vises derfor til Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg og de innbyggerinnspillene som kom i forbindelse med utviklingen av fagplanen i 2021. Alle innspill av relevans for fremtidens hjemmetjeneste er blitt vurdert i forbindelse med forslagene til tiltak for å forberede og utvikle hjemmetjenesten for et økt antall eldre, med noen andre kjennetegn enn tidligere generasjoner, i årene fremover. Et utvalg av disse innspillene fremkommer nedenfor:

- Satse på et høyt faglig nivå, god etterutdanning, sterke fagmiljøer og tilstrekkelig antall ansatte.
- Solid utbygging av hjemmetjenesten.
- Satse på forebyggende og helsefremmende tiltak. Satse mer på velferdsteknologi
- Bedre dialog med bruker og dets nærmiljø, inngå partnerskap med bruker, ansvarliggjøre. Designdrevet innovasjon, helhetlig tilnærming med bruker i sentrum.
- Det er mennesker som hjelper eldre, ikke teknologi.
- Lytt til de som jobber i felten. Skap sammenheng og samarbeid på tvers av tjenester i mestring og helse.
- Gi tilbud som gjør at eldre mestrer eget liv.
- Vær tidlig ute med teknologiske hjelpemidler, men jeg kan lære å skjønne det.
- Vær i forkant, kartlegging av innbyggeres behov over en viss alder.
- Først og fremst ha nok ansatte som kan ha mer enn 5 min til å prate med de eldre når de er på hjemmebesøk. Trist å høre at ansatte må sjekke klokka hele tiden.
- Husk at vi eldre ikke er en ensartet gruppe og gi mulighet for at tilbudet blir tilpasset at vi er like forskjellige som yngre.
- Sørge for at hjemmesykepleien har tilstrekkelig kapasitet. Informere/hjelpe til med riktig ernæring. Gi en fullverdig opplæring i bruk av elektroniske/tekniske tjenester som utvilsomt vil komme.
- Bevisstgjøre den eldre og dennes familie på hvordan forberede boformen med tanke på fremtidig mental og fysisk reduksjon. Dette må fremmes i media så borgerne tar det til seg. Når behov melder seg: tilpasset hjemmesykepleie som har kvalifisert personale som følger med på brukers endring i funksjonsnivå. Hjemmesykepleie i god dialog med den eldre og dennes familie kontinuerlig. Disse vurderingene krever god kunnskap, erfaring og støtte/hjelp til den eldre og denne familie. Her må erfarne fagfolk på banen, og ikke overlate til ufaglærte. Alltid oppfølging av kvalifisert personell.
- Øke grunnbemanningen innen helse slik at flere kan få hyppigere og lengre besøk i hjemmene av hjemmesykepleien.
- Ansette flere ergo- og fysioterapeuter, se på Sverige og Danmark. Det er samfunnsøkonomiske yrker og utløser ressurser hos den enkelte. Ergoterapeuter er også gode på hjelpemidler og bruk av velferdsteknologi.
- Husk at ikke alle innehar ressurser og møt alle med respekt. Husk at pårørende er en ressurs som skal involveres og ikke misbrukes.
- Ansette flere ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre yrkesgrupper som jobber med hverdagsrehabilitering og tilrettelegging for en meningsfull hverdag. Å klare seg selv alene lengst mulig er vel og bra, men velferdsteknologi må ikke komme på bekostning av menneskelig kontakt. Vi trenger mennesker rundt oss i alle aldre.
- Bedre organisert hjemmesykepleie. Det er mange som ikke føler ansvar for pas.
- Veiledet trening.

- Et fast team av hjelpere, slik at du kan forholde deg til færrest mulige.
- Rask hjelp når man først trenger det.
- Viktig at kunnskap om ny teknologi også når ut til innbyggerne før de eventuelt får bruk for det selv. Noe kan en investere i selv. Kommunen må satse på opplæring av ansatte i ny teknologi slik at de kan det. At de kan følge opp med opplæring, veiledning av brukere.
- Bedre tidsrammer for hjemmesykepleiere. Omsorg er langt mer enn å dele ut piller.
- Organisere hjemmetjenesten til å ha litt bedre kunnskap og tid til å hjelpe brukere videre i systemet. Hver og en ansatt i hjemmetjenesten vet for lite om forskjellige tilbud for den enkelte.
- Organisere tjenesten slik at eldre som trenger hjemmetjeneste og tilsyn slipper å ha så mange hjelpere å forholde seg til.

## Politisk arbeidsverksted

18. januar 2022 ble det gjennomført et arbeidsverksted med Utvalg for Mestring og helse der det etter en innledende presentasjon fra administrasjonen ble stilt følgende spørsmål/gruppeoppgave:

**«Med i bakgrunn i kjennetegn ved fremtidens eldre, usikkerheter og en kommune med et godt og tilstrekkelig dimensjonert og differensiert dag- og aktivitetstilbud for fremtidens hjemmeboende eldre: Hvordan bør vi trappe opp tjenestene som hjemmetjenesten skal levere til kommunens innbyggere – hvordan ser fremtidens hjemmetjeneste ut i Tønsberg kommune?»**

Utvalget ble delt i 3 digitale møterom med en gruppesekretær i hver gruppe fra administrasjonen som tok referat. Følgende innspill kom som følge av arbeidet:

### Gruppe 1 (gruppesekretær Liv Hobbesland Holm):

- Mer krevende brukergruppe – egne meninger – det å ha flere muligheter – valgfrihet :
- Valgfrihet; medinnflytelse ift hvilke tjenester, hvordan denne skal gis og hvem som skal yte denne.
- En annen innstilling ift hvordan tjenesten møter brukere
- Ikke alle har nære pårørende har samme mulighet som tidligere til å kunne bistå overfor sine egne. Også ift bo avstand
- Mer bruk av velferdsteknologi/digital avstandsoppfølging? – viktig å ta i bruk det som er av muligheter. Mer sensor overvåkning som skaper en bedre situasjon «overvåkning» og trygghet for tjenestemottaker og dens familie uten forstyrrelser.
- Mer spesialisert kompetanse/økt fag-/spesialkompetanse? Kort sykdomsforløp – med behov for spesialisert behandling i hjemmet – hvor ansatte opplever behov for spesialkompetanse for å kunne mestre teknologi og yte nødvendig tjeneste. Viktig at tjenesten er i forkant slik at tjenestemottaker opplever trygghet ved å være hjemme og at tjenesten kan yte nødvendig helsehjelp.
- Vanskelig å kunne ta noe vekk – som i dag er en del av tilbudet/ som en selvfølge. Må bruke tid på å skape «forståelse» Både pårørende og tjenestemottakere gis forståelse for at det man kan klare selv skal man fortsatt gjøre selv om man mottar tjenester.



- Forebyggende hjemmebesøk – knyttet til en aldersgruppe – det å ha et forebyggende hjemmebesøk, gjøres tidlig uten at det føles stigmatiserende . Bergen kommune sammen med fysio/ ergo. Bedre med et besøk hjemme – vs info møte på seniorsenteret?

### **Gruppe 2 (gruppesekretær Gullik Dokken):**

- Mer bruk av velferdsteknologi/digital avstandsoppfølging?
- Mer bruk i fremtiden, noen ønsker likevel oppfølging av mennesker. Balansepunkt.
- Gi velferdsteknologi som kan erstatte noen besøk ikke alle og teknologi som fremmer helse og hemmer ensomhet.
- Oppmuntre, ikke tvinge på teknologi
- Mer spesialisert kompetanse/økt fag-/spesialkompetanse?
- Flere «hender»
- Styrke budsjettene for den hjemmebaserte tjenestene for å møte utfordringene
- Det offentlige kan ikke dekke alle behov – hvordan skal vi selv bidra til å til egenmestring
- De som kan klare seg selv må det i større grad
- Grensegang opp mot frivillighet til de tjenestene som kan utføres av andre enn fagfolk
- Organisere frivilligheten og lage gode systemer for samarbeid med organisasjoner – og søke midler for sammen med organisasjonene.
- Viktig at folk skaffer seg en bolig de kan bo i livet ut
- Forebygging og trening
- Hvordan rekruttere og beholde – tiltrekke oss personer som vil jobbe i hjemmetjenesten. Gi muligheter for utvikling og videreutdanning – kompetanseheving. Hvordan få folk til å skifte jobb over til helse.
- Være faglig støtte for pårørende som bistår sine. Viktig at også de som ikke har pårørende får hjelp.
- Riktige og gode boformer som passer brukergruppa

### **Andre innspill:**

- Også satse på institusjoner/bemannede omsorgsboliger og boformer som er gode og bo i for eldre.
- Å bo hjemme livet ut passer ikke for alle.
- Lære opp og informere om hva som finnes av hjelpemidler og ordninger.
- Kompenserende ordninger mot ensomhet f.eks besøksvenn
- Forebygging er viktig
- Skape sosiale arenaer i seniorsentrene etter modell fra Re helsehus
- Bygge eldre kollektiv – også med fellesarealer
- Bevegelse er viktig for folkehelse
- Samle brukerne på samme sted i egnede boformer

### **Gruppe 3 (gruppesekretær Jane Benjaminsen Gamst):**

Mer bruk av velferdsteknologi/digital avstandsoppfølging?

- En del av løsningen på personellutfordringer. VT og trygghetsteknologi bør erstatte en del fysiske hjemmebesøk. Gevinst økonomisk og økt egenmestring. Hjemmetjenesten kjører mye bil og har mye fysiske møter dette bør til dels erstattes med avstandsoppfølging og digitale tilsyn.

#### Mer spesialisert kompetanse/økt fag-/spesialkompetanse?

- Flere ansatte med høyere kompetanse gjør at en kan ha færre på jobb. Kanskje det bør være mer ambulerende spesialkompetanse slik som: demenskoordinator og kreftkoordinator?

#### Flere «hender»?

- Vi kan ikke øke antall ansatte i takt med økt antall brukere. Det krever høyere kompetanse av de som er på jobb i kombinasjon med VT og hverdagsrehabilitering, samarbeid med frivillige organisasjoner og heltidsstillinger. Økt bruk av teknologi kan være med på å rekruttere flere menn til yrket.

#### Reduksjon av «gratis-tjenester»?

- Gruppen ønsket ikke å ta stilling til oppgaver som må kuttes.

#### Redusere forventningsgapet – skal vi levere alle tjenester vi leverer i dag også i fremtiden, eller er det noe vi bør avvikle/forvente at innbyggere selv ivaretar eller betaler andre for?

- Frivillighet kan avhjelpe tjenester kommunen i dag leverer. Forebygge ensomhet – besøksvenn fra Røde Kors. Hjemmehjelp kan erstattes med robotstøvsuger og handling kan bestilles på nett og levers hjemme hos bruker?
- Kommunen må være aktivt med i boligplanlegging i kommunen med tanke på tilrettelagte boliger.

#### Enda mer målrettet rehabilitering/habilitering i eget hjem der målet er egenmestring?

- Hjemmetjenesten jobber i dag godt med hverdagsrehabilitering dette må fortsette og økes til egenmestring som fokus for alle tjenester kommunen gir. Det bør også vurderes av tildelingskontoret når det søkes om tjenester og vurdere hjelpemidler i hjemmet sammen med VT før tjenesten hjemmesykepleie innvilges.

#### Jobbe annerledes, hvordan?

- Ta i bruk mer VT, trygghetsteknologi, hverdagsrehabilitering, tilrettelegging av hjemmet og frivillighet. Oppsøkende hjemmebesøk til alle over 75 år? Eller mulighet for å «bestille» hjemmebesøk av ergoterapeut i forhold til tilrettelegging av hjemmet samt tips til en aktiv alderdom med informasjon om kommunens aktivitetstilbud.

#### Har hjemmetjenesten en mer forebyggende rolle i fremtiden ved å jobbe enda mer proaktivt overfor kommunens innbyggere for å forebygge sykdom/sykdomsutvikling (psykisk eller fysisk), og i så fall hvordan?

- Helsestasjon for eldre gamle Træleborg sykehjem? Hjemmetjenesten har etter hvert en del AKS sykepleiere (avansert klinisk sykepleier) på noen soner. Disse har en aktiv rolle i

forebygging og kartlegging av kompliserte sykdomsbilder samt samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å tilrettelegge for hvordan bo hjemme med kompliserte sykdomsbilder. Frivillighetskoordinator i kommunen har 1 frivillighetskontakt på hver sone som samarbeider med frivillige organisasjoner.

## Oppsummerte innspill fra arbeidsverksteder soner i hjemmetjenesten

I mars/april 2022 ble det gjennomført arbeidsverksteder ved alle hjemmesykepleiesonene i kommunen. I vedlegg 1 sist i dette dokumentet er alle innspillene som kom frem gjennom disse arbeidsverkstedene synliggjort, per sone. Under foreligger en kort oppsummering av innspillene:

- Mer bruk av velferdsteknologi
- Årsverksvekst/flere hender
- Flere demens- og kreftkoordinatorer
- Helsestasjon for eldre
- Strengere prioritering av hvilke tjenester hjemmetjenesten skal utføre
- Kompetanseheving
  - AKS-sykepleier på hver sone
  - Demens-, psykisk helse og avhengighetskompetanse på alle soner
  - Kompetanse på velferdsteknologi, diabetes, geriatri
  - Økt flerkulturell kompetanse
- Mer hverdagsrehabilitering (doble dagens lister/dobbel kapasitet)
- Strengere tildeling av tjenester, og tydeligere avgrensning av vedtak
- Økt lønn for å rekruttere og beholde
- Hjelpemidler må raskere på plass
- Kommunalt palliativt team med lege
- Egen «hjemmesykepleielege» - en lege ansatte kan rådføre seg med – fastlegen kan være krevende å tak i for raske avklaringer
- Portørtjeneste for hjemmetjenesten
- Mer bruk av avlastning/korttidsopphold
- Egen korttidsavdeling for hjemmetjenesten
- Innsatsteam på hver sone (sykepleier, hjelpepleier/helsefagarbeider, og etter behov ergoterapeut, fysioterapeut, demens- og kreftkoordinator)
- Mulighet for innleggelse ØHD hele døgnet
- Mer avansert og pålitelig dokumentasjonssystem
- Dag- og aktivitetstilbud også på kveld
- Døgnbemannet rus- og psykiatri eventuelt formalisert samarbeid med døgnbemannet bolig (spesielt på natt)
- Nattjenesten bør beholde dagens organisering (samlet ett sted), men i egne lokaler. Dagens lokaler små (disponerer ett rom) – ønsker seg en samlokalisering med legevakten på Kjelle.
- Wifi-dekning på alle sonekontor – 4G dekning i hele kommunen
- Oppdaterte og mobile digitale verktøy til alle (både håndholdte enheter og bærbare pc
- Opprette et kommunalt ambulerende palliativt team

## Aktuelle fag- og delplaner i Tønsberg kommune av betydning for fremtidens hjemmetjeneste i kommunen

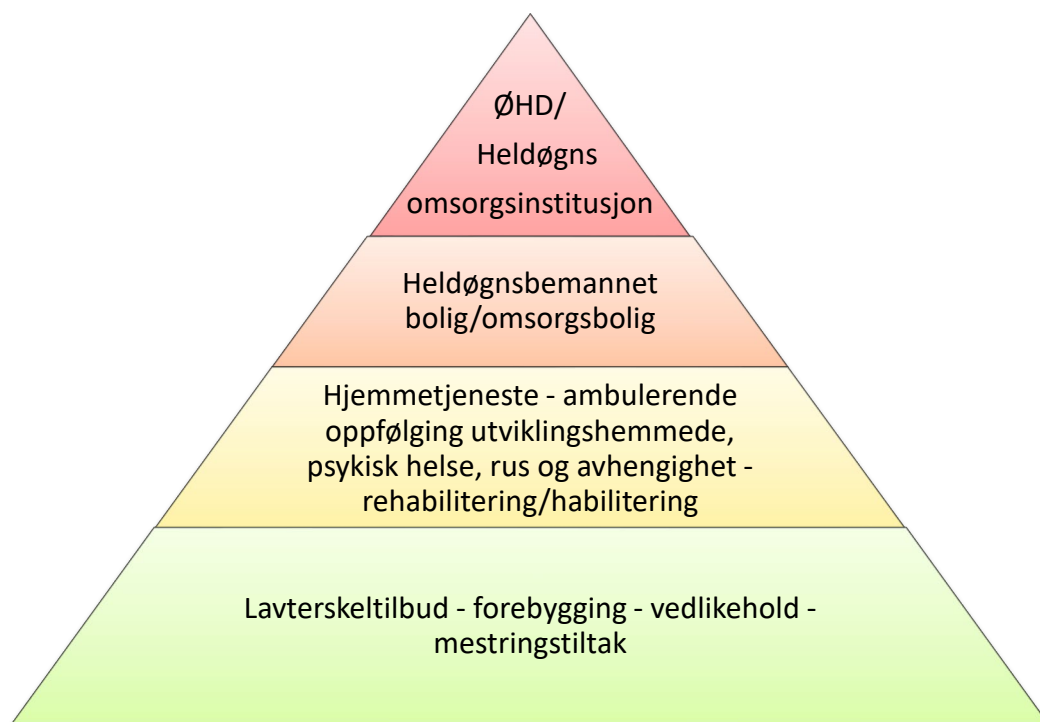
I kommunen er det flere planer som har betydning for utviklingen av hjemmetjenesten i kommunen. Spesielt løftes frem følgende planer:

- Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg. Politisk vedtatt i Kommunestyret 8. desember 2021.
- Plan for legetjenesten. Under arbeid. Fremmes til politisk behandling høsten 2022.
- Fagplan Psykisk helse og rusforebygging. Ferdigstilt og fremmes til politisk behandling i mai/juni 2022.
- Opptappingsplan for lavterskel-, dag- og aktivitetstiltak. Under arbeid. Fremmes til politisk behandling høsten 2022.
- Strategisk kompetanseplan for Mestring og helse. Under arbeid. Fremmes til politisk behandling høsten 2022.

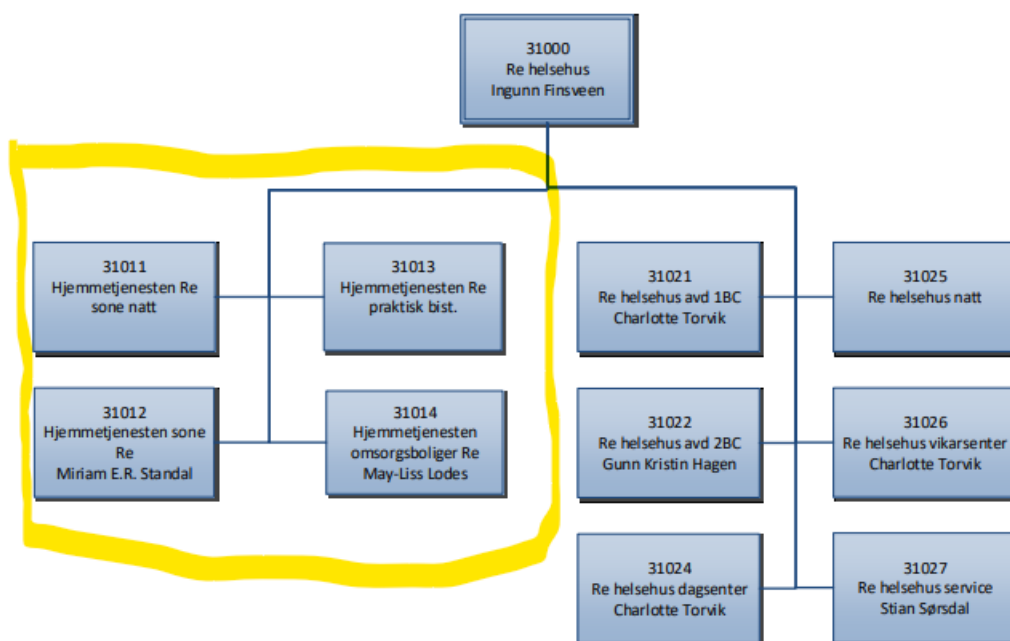
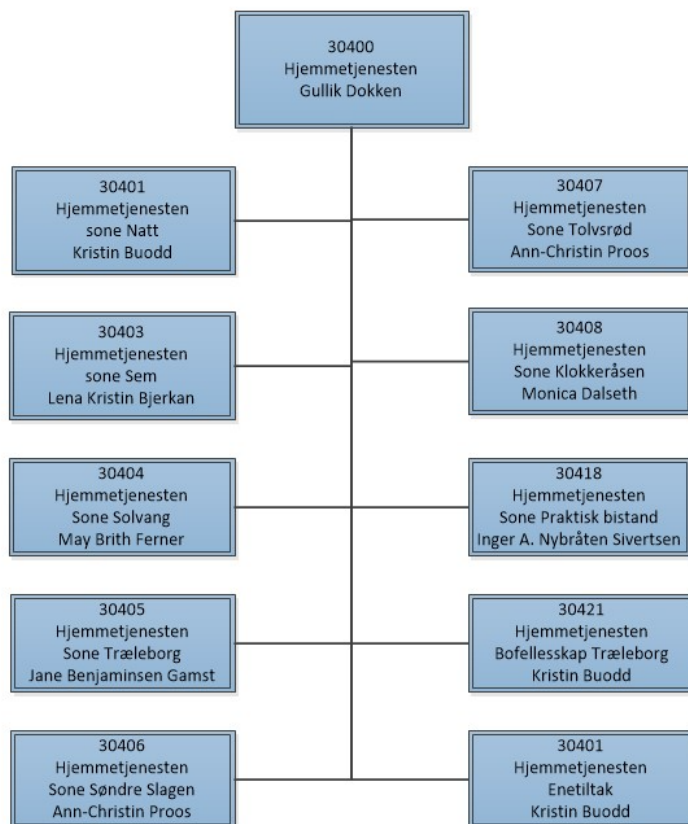
## Hjemmetjenesten i Tønsberg kommune i 2022

### Omsorgspyramiden

Hjemmetjenesten i kommunen befinner seg et lavt omsorgsnivå og yter tjenester til, i likhet med kommunens lavterskeltilbud, dag- og aktivitetstilbud, den forholdsmessige største andelen innbyggerne i kommunen sett i forhold til antallet personer som oppholder seg på en heldøgnsbemannet omsorgsplass.



For øvrig er hjemmetjenesten i kommunen organisert som vist i organisasjonskartene under per mai 2022.



## Heldøgnsbemannede omsorgsboliger

Avdeling A på Træleborg/Fagertun er en heldøgnsbemannet omsorgsbolig med fellesareal for 5 hjemmeboende. Tjenestene i disse boligene følges opp av hjemmetjenesten. Øvrige døgnbemannede omsorgsboliger i Tønsberg kommune er geografisk lokalisert i eller ved sykehjemmene og ligger organisatorisk under disse.

## Hjemmetjenesten

Virksomhet Hjemmetjenesten i Tønsberg er organisert i 8 soner, hvorav 6 er hjemmesykepleiesoner, 1 sone ivaretar praktisk bistand til hjemmeboende, og 1 sone som håndterer natttjenesten i på tvers av alle soner, samt organisering av enetiltak. I Re er hjemmetjenesten lagt administrativt under Re Helsehus i 3 soner; hjemmesykepleie dag/kveld, natt og praktisk bistand.

Hjemmesykepleiesonene yter hjemmesykepleie på dag-/kveldstid til alle hjemmeboende i kommunen. I all hovedsak ytes tjenestene ambulerende, men i perioder ytes det også tilnærmet døgn tjenester med stedlig bemanning i enkelte private hjem, spesielt overfor barn. Per april 2022 yter hjemmetjenesten tjenester til ca 1911 hjemmeboende, som innbefatter både hjemmesykepleietjenester og praktisk bistand.

I virksomhet Hjemmetjenesten er det cirka pr. april 2022 - 822 aktive stasjonære trygghetsalarmer med røyksensor.

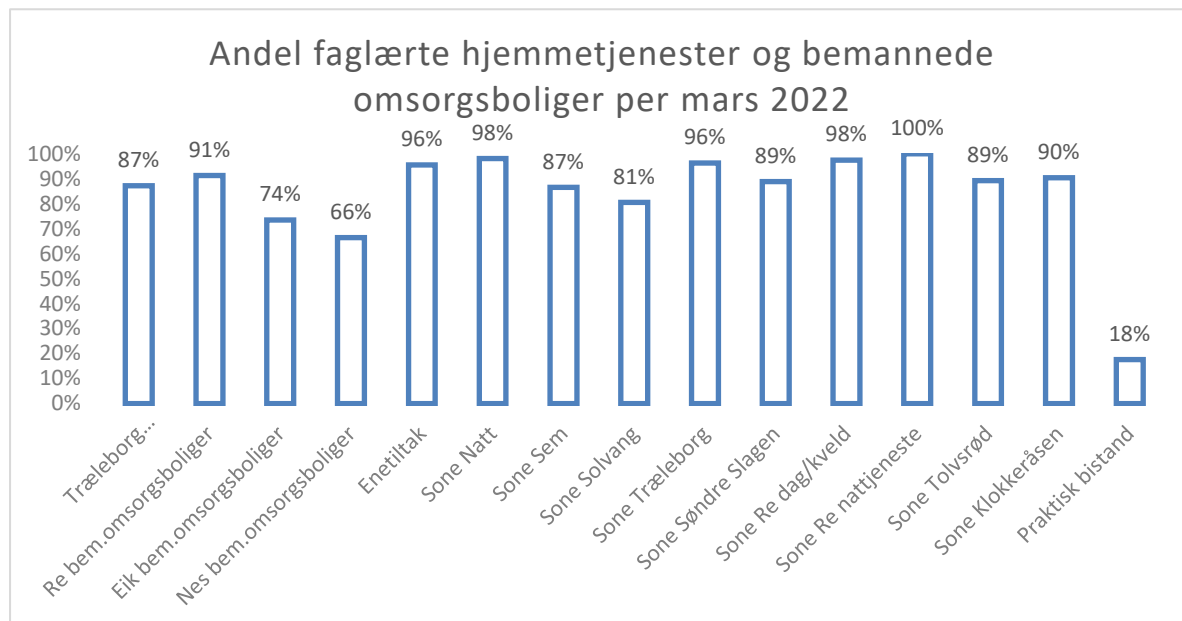
Hverdagsrehabilitering ble i Tønsberg kommune startet høsten 2013, og driftes i dag som et permanent tilbud. Det er etablert ett team på hver hjemmesykepleiesone. Teamet har tilknyttet fysioterapeut og ergoterapeut. Det fattes per i dag ingen vedtak om hverdagsrehabilitering. Behovet/potensialet vurderes av hjemmetjenesten og fysioterapi/ergoterapi, og egenmotivasjon er ett viktig kriterie for hvorvidt hverdagsrehabilitering blir igangsatt. Målet med hverdagsrehabilitering er å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent, og treningsforløpene varer stor sett 6-7 uker. Per april 2022 er det 54 aktive hverdagsrehabiliterings forløp i kommunen.

Brukergruppen som hjemmetjenesten er i kontakt med favner alle aldersgrupper, med et mangfold av diagnoser både innenfor somatikk, psykiatri/rus, demens o.a.

## Fordelingen av andel faglærte og ufaglærte i hjemmetjenesten

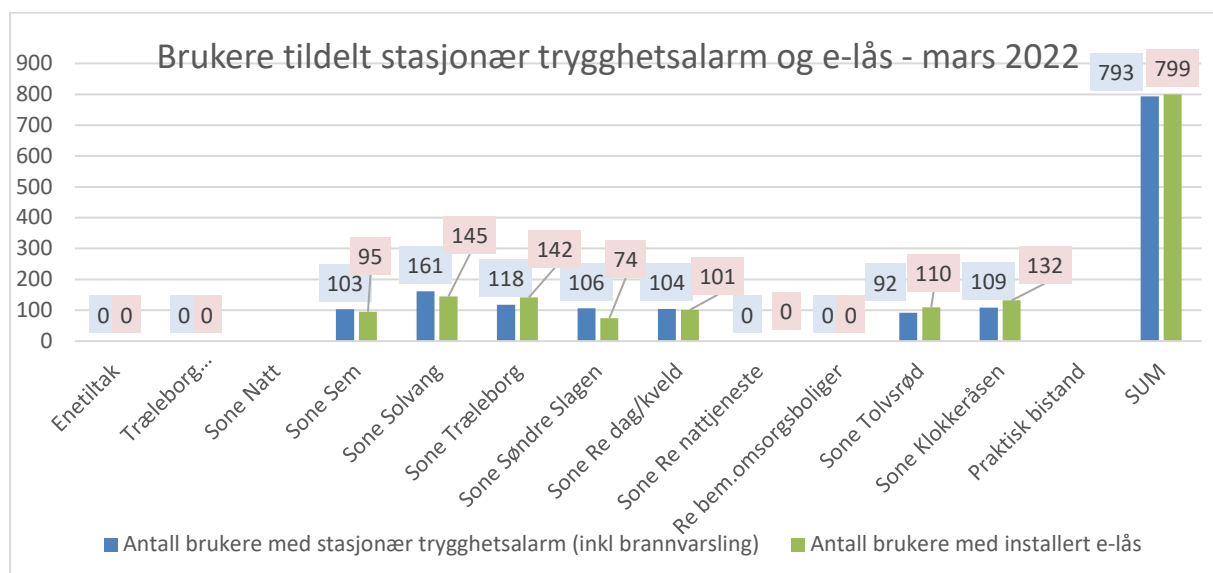
Gjennom Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg er det besluttet at kommunen skal ha 100% andel faglærte i tjenesten i 2030, og minst 70% andel faglærte innen 2024. I grafen under synliggjøres status per mars 2022, som viser at alle hjemmesykepleiesoner ligger godt over 80% andel faglærte per 2022, med sone praktisk bistand i den andre enden med en andel ufaglærte på

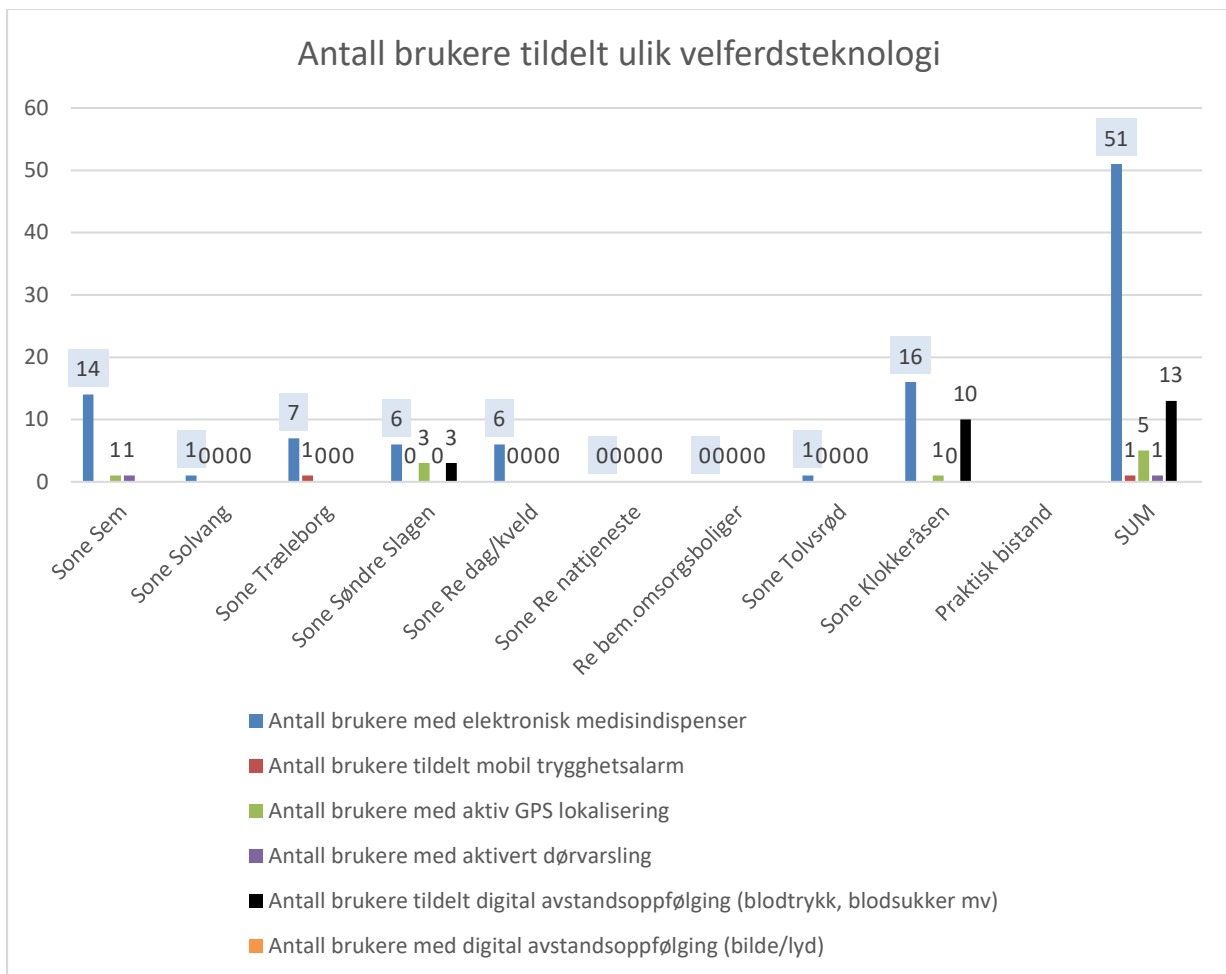
82%.



## Bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten per mars 2022

De siste årene har det blitt satset på bruk av velferdsteknologi i Tønsberg kommune. I flere år har mange brukere fått tildelt digitale stasjonære trygghetsalarmer med brannmelder. I de siste årene har kommunen skiftet ut de aller fleste nøkkelboksene med e-lås, og mange brukere har fått tildelt ulike velferdsteknologiske løsninger. Denne utviklingen vil fortsette, og det er per i dag foretrukket løsning å tildele velferdsteknologi dersom dette vil dekke brukers behov, helt eller delvis, for økt egenmestring og autonomi. Grafene under viser status tildelt teknologi per mars 2022.04.01





## Demografisk utvikling

I fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg er det gjort en behørig gjennomgang av demografisk utvikling nasjonalt og lokalt som tydelig viser at Tønsberg kommune står foran en betydelig vekst i antall eldre frem mot 2050. Det vises til fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg for detaljerte oversikter rundt den forventede demografiske utviklingen til kommunens innbyggere frem til og med 2050. (<https://www.tonsberg.kommune.no/tjenester/plan-bygg-og-eiendom/kommuneplan-og-andre-planer/planer-og-dokumenter-a-a/>)

## Utvalgte mål, strategier og tiltak fra Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg 2022-2024

### Hovedmål 1:

**I Tønsberg kommune bor de som ønsker det, og som kan, i eget hjem med trygge og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.**



## Delmål 2:

**Kommunens helse- og omsorgstjenester har tilstrekkelig kapasitet og et høyt faglig nivå som gir trygge og forsvarlige tjenester, der et sterkt mestrings- og rehabiliteringsperspektiv bidrar til at flest mulig mestrer egen hverdag i egen bolig lengst mulig**

### *Strategier delmål 2:*

- Helse- og omsorgstjenesten for eldre er organisert og til enhver tid tilpasset kunnskapsbasert praksis.
- Kommunen har en tverrfaglig teambasert tilnærming til brukere. Brukers behov for tjenester skal være styrende for teaminndeling, og den må være fleksibel og justeres ettersom behovet som endrer seg.
- Kommunen har et tilbud om hverdagsrehabilitering til alle som kan nyttiggjøre seg dette, og alle eldre opplever å få hjelp til mestre egen hverdag.
- Alle innbyggere med behov for tjenester fra kommunen møtes med tjenester som kan bidra til at man kan bo hjemme lenger, eller livet ut.

### *Tiltak delmål 2:*

- Det legges frem en opptrappingsplan for styrking av hjemmetjenesten for politisk behandling innen 01.08.2022. Plan skal sikre tilstrekkelig kapasitet i hjemmetjenesten i takt med veksten i antall eldre, med betydelig vekt på et mestrings- og rehabiliteringsperspektiv.
- Alle som søker om helse- og omsorgstjenester vurderes i forhold til hverdagsrehabilitering, og får vedtak om dette. Hverdagsrehabilitering gjennomføres med en tverrfaglig sammensatt gruppe helsepersonell.
- Det gjennomføres jevnlig informasjonkampanjer som oppfordrer innbyggere til forebyggede aktiviteter som gir bedret helse, med oversikt over hvor man kan delta i fysiske aktiviteter i kommunen, og informasjon som formidler kunnskap om tiltak som kan forebygge sykdomsutvikling, og hva man kan gjøre selv for å forberede seg til alderdommen.

## Delmål 4:

**Tønsberg kommune har god rekrutteringskompetanse og faglært personell i helse- og omsorgstjenesten**

### *Strategier delmål 4:*

- Alt personell i helse- og omsorgssektoren har høy kompetanse og behandler alle med respekt og følsomhet, og ser hele individet i alt de gjør
- Alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommunen har relevant fagutdanning og eventuell videreutdanning i henhold til brukernes behov.
- Kommunen har en høy andel faglærte. 100% av faste ansatte i Mestring og helse skal ha fagutdanning innen 2030
- Kommunens høye andel faglærte, positive omdømme, heltidskultur og Tønsberg som en attraktiv tilflyttingskommune bidrar til å sikre tilstrekkelig tilgang på helsepersonell.

#### *Tiltak delmål 4:*

- Det utarbeides en plan som skal synliggjøre hvordan helse- og omsorgstjenesten skal nå strategien med kun fagutdannet helsepersonell innen 2030 og kommunens delmål frem mot 2030:
  - 70% andel faglærte innen 2024
  - 80% andel faglærte innen 2026
  - 90% andel faglærte innen 2028
  - 100% faglærte innen 2030
- Helse- og omsorgstjenestenes opplæringsplaner skal til enhver tid speile behovet for kompetanse og kunnskap i virksomhetene, og det gis støtte til videreutdanningsforløp som vil øke kompetansen og kvaliteten innad i tjenestene, ut fra kartlagt behov for spisskompetanse i tjenestene.
- Det utarbeides en plan som synliggjør hvordan kommunen skal sikre tilgang på tilstrekkelig helsepersonell i årene fremover i konkurranse med sykehus og nabokommuner.

#### **Delmål 5:**

##### **Tønsberg kommunes digitale løsninger og velferdsteknologi bidrar til økt trygghet og egenmestring for hjemmeboende og deres pårørende**

#### *Strategier delmål 5:*

- Kommunen har en kunnskapsbasert og offensiv tilnærming til digitalisering samtidig som kommunen tar hensyn til at ikke alle har kunnskap eller evner å bruke digitale systemer og hjelpemidler når de blir eldre.
- Kommunen er en sentral bidragsyter i å legge til rette for kurs for eldre i bruk av nye moderne digitale hjelpemidler og systemer.
- Kommunens plan for digitalisering, e-helse og velferdsteknologi gir økt trygghet og selvhjelpenhet for innbyggere og bidrar til en mer effektiv utnyttelse av kommunens tjenester.

#### *Tiltak delmål 5:*

- Plan for e-helse og velferdsteknologi er under arbeid og legges frem for politisk behandling i 2021/2022.
- Kommunens lærings- og mestringssenter videreutvikles i samarbeid med skoler og frivillige og:
  - Gir tilbud om særskilt opplæring til eldre i bruk av digitale systemer for å kunne ha kontakt med omverdenen, holde seg oppdatert i samfunn og nærmiljø, og hvordan bruk av teknologiske hjelpemidler kan bidra til økt selvhjelpenhet og trygghet i egen bolig.

#### **Delmål 8:**

##### **I Mestring og helse opplever brukere og pårørende reell brukermedvirkning på individ- og systemnivå før beslutninger tas**

### **Strategier delmål 8:**

- Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid er basert på respekt, medbestemmelse og verdighet.
- Brukere tas med på råd når tjenesten rundt det enkelte utformes.
- Alle brukere av helse- og omsorgstjenesten opplever at deres tilbakemeldinger og ønsker blir tatt på alvor av kommunen ved at det blir gitt tydelige tilbakemeldinger på hvordan innspill fra bruker er blitt håndtert og fulgt opp av kommunen.

### **Tiltak delmål 8:**

- Kommunens vedtatte plan for brukermedvirkning og vedtatte tiltak (UHMV, sak 038/21) følges opp av virksomhetene i Mestring og helse.

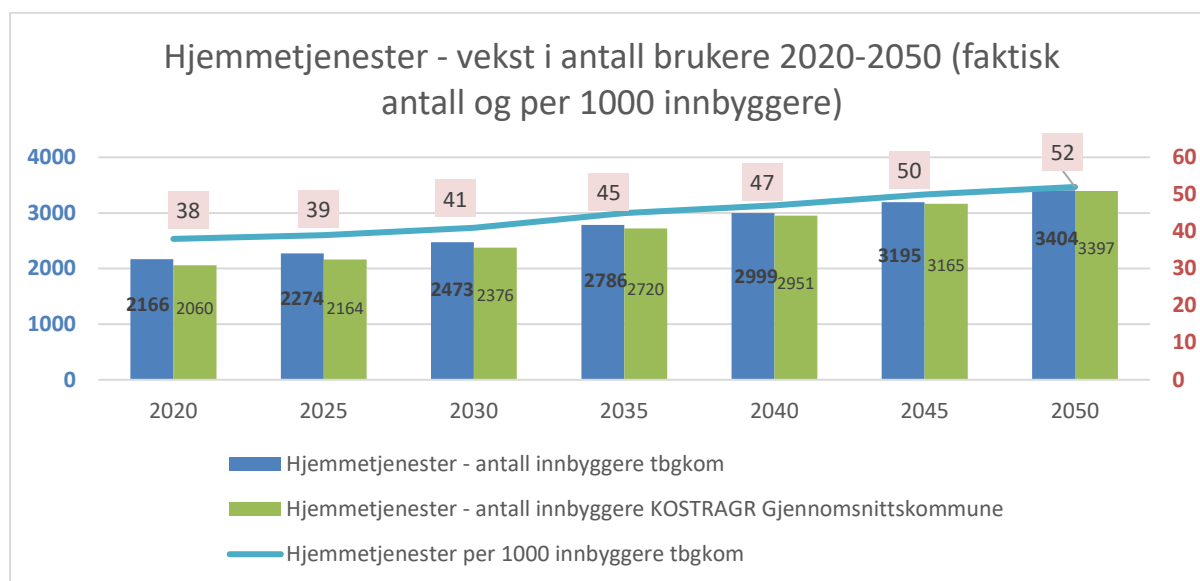
Strategier og tiltak som er belyst i fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg følges opp av administrasjonen som beskrevet ovenfor.

## HANDLINGSDEL FREMTIDENS HJEMMETJENESTER I TØNSBERG KOMMUNE – ANBEFALINGER OG TILTAKSOVERSIKT

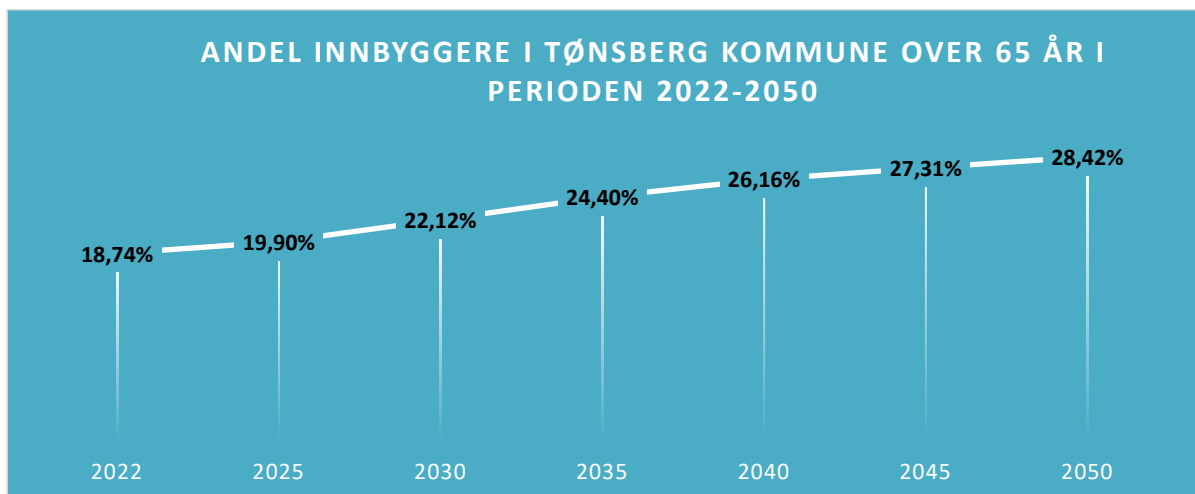
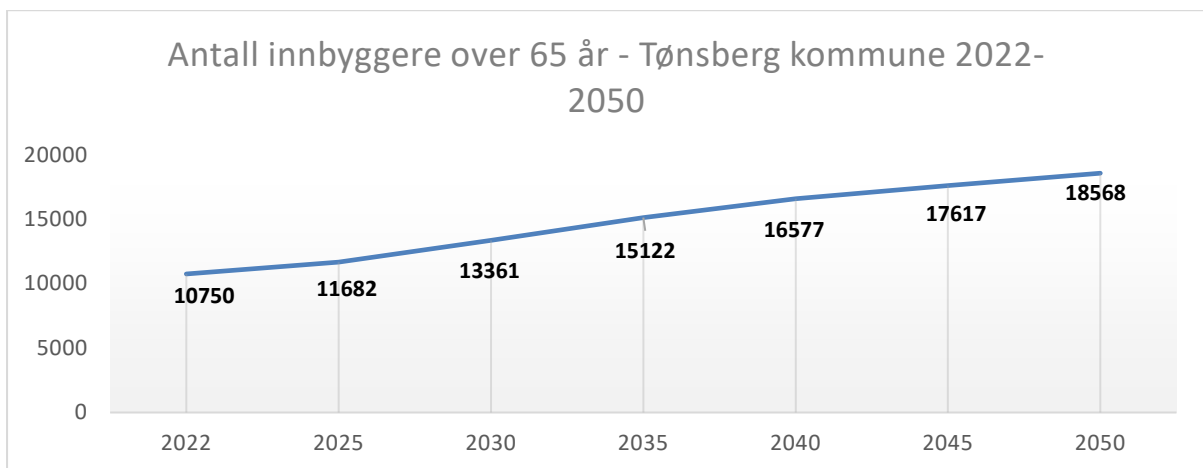
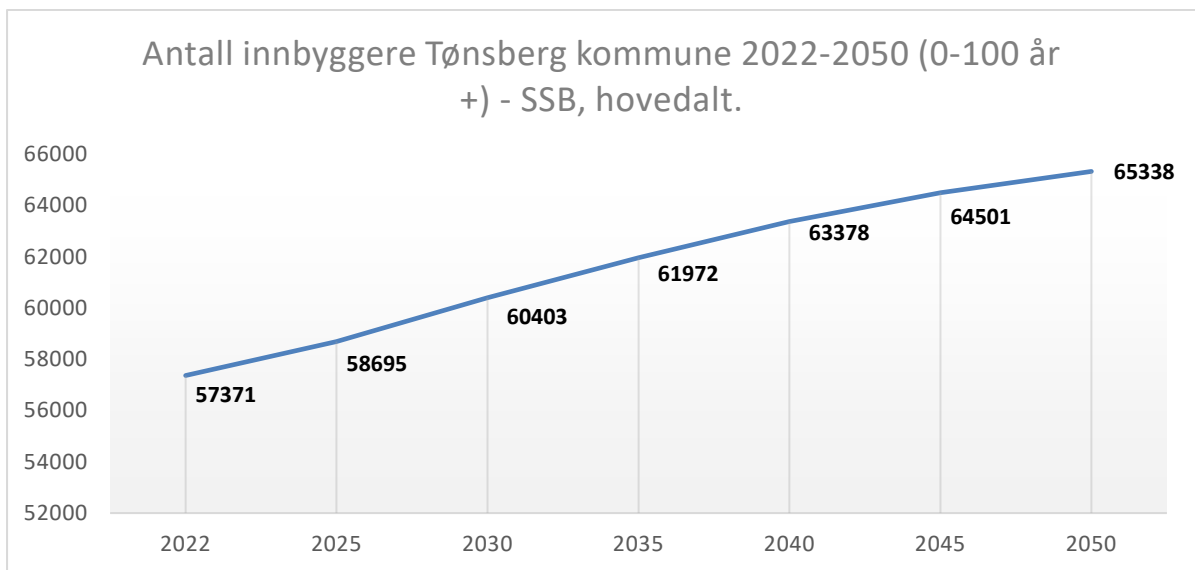
I tråd med tiltaket «opptrappingsplan for hjemmetjenesten» som beskrevet i fagplanen blir det under konkretisert anbefalinger og tiltak for å møte veksten i antall eldre i årene fremover først og fremst ved styrking av den hjemmebaserte omsorgen. Alle forslag til tiltak har blitt kostnadsvurdert og det er synliggjort behov for økonomisk styrking av budsjettet for perioden 2023-2026 i tabellform sist i plandokumentet.

### Fremskrevet behov for årsverksvekst hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand

I fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg ble det beskrevet et verktøy utviklet av forskere ved Helseøkonomisk analyse AS på oppdrag fra KS. Verktøyet har blitt tatt i bruk i Tønsberg kommune for å beregne behovet for heldøgnsbemannede omsorgsplasser i Tønsberg kommune frem mot 2050. Verktøyet gir kommunen også muligheter for å beregne et fremskrevet behov for hjemmetjenester i kommunen, representert ved antall innbyggere man kan forvente med et behov for slike tjenester i årene fremover. I grafen under er dette synliggjort, og i likhet med beregningen av behovet for heldøgnsbemannede omsorgsplasser, er det lagt inn i verktøyet en forventning om 1 år bedret helse/utsatt behov i løpet av en 10-års periode, samt at kommunen gjennomfører 7% dreining mot hjemmebasert omsorg. Merk at tallene i grafen under inkluderer alle som mottar vedtak om helsetjenester i hjemmet i kommunen, og således også inkluderer innbyggere i alle aldre som mottar tjenester fra andre virksomheter enn hjemmesykepleien i kommunen.



Som vist i Fagplan Aktiv aldring vil antallet innbyggere i Tønsberg kommune øke frem mot 2050, noe som i seg selv vil kunne medføre et økt behov for tjenester fra kommunen (både fra oppvekstsektoren og fra helse). Videre vil andelen innbyggere over 65 år øke betraktelig som vist i grafene under.



I 2022 beregner SSB kommunens befolkning til å bestå av 57371 innbyggere. Hjemmetjenesten yter hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand gjennom oppfølging av 1836 aktive vedtak per mars 2022. Dette utgjør ca 3,2 % av det totale antall innbyggere i kommunene. Det må imidlertid bemerkes at 1836 aktive vedtak ikke er lik 1836 innbyggere, ettersom flere mottar både hjemmesykepleie og praktisk bistand. For å levere 1836 aktive vedtak har hjemmetjenesten per mars 2022 301,12 årsverk til disposisjon. På denne bakgrunn kan man i takt med forventet befolkningsutvikling og gitt at fremtidens behov er noenlunde likt dagens behov (3,2% andel) fremskrive behovet for årsverksvekst.



Figuren ovenfor viser at det innen 2025 er behov for å styrke hjemmetjenesten med nesten 7 årsverk, noe som utgjør ca 2 årsverk per år. Det er imidlertid flere momenter som peker i retning av at behovet for styrking av hjemmetjenesten kan bli høyere, blant annet:

- Kommunens dreining mot mer hjemmebasert oppfølging av eldre for å unngå og/eller utsette behovet for et høyere omsorgsnivå
- Økt innsats og bruk hverdagsrehabilitering som tiltak overfor hjemmeboende
- Aldringen av kommunens befolkning over 65 år.
- Tidligere utskrivning fra sykehus/høyere terskel for innleggelse (som kan medføre sykere pasienter i private hjem)

På den annen side er det også flere momenter som kan medføre at behovet for årsverksvekst blir lavere, blant annet:

- Sannsynlig fortsatt bedre helsetilstand blant nye generasjoner eldre

- Bruk av velferdsteknologi og/eller nye avanserte hjelpemidler som medfører økt grad av selvhjelpenhet og muligheter for avstandsoppfølging
- Avvikling av en del tjenester som i dag utføres av hjemmetjenesten som den enkelte selv kan besørge og/eller kjøpe fra private.

På grunn av flere faktorer som kan trekke opp en økning av bemanningsbehov i hjemmetjenesten ut over en beregning basert på generell befolkningsvekst, og flere faktorer som samtidig kan bidra til å trekke bemanningsbehovet noe ned, anbefaler kommunedirektøren at kommunen foretar en styrking av hjemmetjenesten i tråd med generell befolkningsvekst. Utviklingen i behov vil vurderes hyppig, og eventuelt behov for en justering opp eller ned vil bli kartlagt årlig i økonomiplanperioden. En eventuell kursjustering vil bli fremlagt for politisk vurdering, dersom årsverksvekst som følger generell befolkningsutvikling ikke viser seg å dekke innbyggeres lovpålagte behov for tjenester fra hjemmesykepleien. Kostnader forbundet med denne årsverksveksten er synliggjort i tiltaksoversikten sist i dokumentet.

### Sone praktisk bistand og mestring- og oppfølgingstjenesten

All praktisk bistand i kommunen er organisert i en egen sone som holder til på samme sted som hjemmesykepleiesone Søndre Slagen. Med økt andel eldre i kommunen i årene fremover vil det mest sannsynlig også bli et behov for å øke antallet hjemmehjelpere, selv om det er mange usikkerheter knyttet hvor stort dette behovet blir. Det at mange innbyggere i større grad tar ansvar for egen alderdom ved å skifte til en mer egnet bolig å bli eldre i, kan bidra til økt grad av selvhjelpenhet. Det samme kan bruk av ny teknologi og nye hjelpemidler.

I årsverksveksten ovenfor som er nøkternt beregnet til 2 årsverk per år ligger praktisk bistand inne i beregningene, sammen med alle hjemmesykepleiesonene. Det må vurderes i tjenestene hvordan årsverkene fremover må fordeles i takt med befolkningens behov for hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Det må kunne forventes en økt grad av egenbetaling for enkelte praktisk bistand tjenester i årene fremover, noe som anbefales at følges opp av tjenestene i takt med behov og befolkningsutviklingen.

Mestring- og oppfølgingstjenesten som i dag er organisert under virksomhet psykisk helse og avhengighet flyttes til hjemmetjenesten fra og med 01.01.2023. Tjenesten yter praktisk bistand og oppfølging over hjemmeboende i kommunen. Det foreløpig ikke avklart hvor i hjemmetjenesten mestring og oppfølgingstjenesten skal organiseres, og det vurderes flere alternativer. Blant annet om tjenestes skal organiseres under sone praktisk bistand, eller som en egen tjeneste under virksomhetsleder.

### Kompetanseheving og anbefalt kompetansesammensetning på hjemmesykepleiesonene

I takt med større andel hjemmeboende eldre og at disse først og fremst skal motta tjenester i eget hjem, samtidig som at terskelen for å bli lagt inn på sykehus mest sannsynlig fortsatt kommer til øke, må kommunen forvente å følge opp sykere innbyggere i å årene fremover. Gjennom styrking av kompetanse/spesialkompetanse i hjemmetjenesten vil kommunen bli bedre rustet til å håndtere mer krevende og avanserte situasjoner i våre innbyggeres private hjem enten alene eller i nært samarbeid med sykehuset.

### Fagkoordinator på tvers av alle sonene

Virksomhet hjemmetjenesten har i dag ingen overordnet fagressurs som kan jobbe på tvers av alle sonene. En slik stilling kunne vært en ressurs for å sikre en jevnt fordelt fagsammensetning på tvers av alle hjemmesykepleiesonene i kommunen, vært et viktig bidrag til internopplæring og til oppfølging av at alle soner får gjennomført et videreutdanningsløp som dekker behovet skissert i opptrappingsplanen på alle soner. En fagkoordinator kunne dessuten hatt et særlig ansvar etablere og følge opp team med spesialkompetanse som kan jobbe på tvers av alle sonene etter behov, for eksempel innsatsteam og palliativt team, og ikke minst være en sentral ressurs som kan bidra til følge opp flere av forslagene til forbedring og endringer som er kommet fra politikere, ansatte og innbyggere som ikke nødvendigvis krever større økonomiske ressurser, men som kanskje mer handler om organisering og nye/mer effektive måter å utføre arbeidet på.

### AKS-sykepleier på alle soner

AKS er en forkortelse for Avansert klinisk allmennsykepleie og er et videreutdanningsløp på masternivå. Studiet er praksisnært og er opprettet for å hjelpe kommunene til å ivareta pasienter med komplekse behov, og skal blant annet bidra til helhetlige pasientforløp, trygge tjenester, innovasjon, forbedringsarbeid og brukerinvolvering. Noen av læringsmålene er systematisk kartlegging og helhetlige vurderinger av pasientens helsetilstand, beslutninger og iverksettelse av sykepleieintervensjoner, forebygging, behandling, oppfølging, rehabilitering, pasient- og pårørendeopplæring, lindring i livets slutfase, ledelse, teamarbeid og samarbeid med andre profesjoner.

For å møte en betydelig økt andel eldre i egne private hjem der vi også kan forvente mer komplekse behov i årene fremover anbefales det at alle hjemmesykepleiesoner i kommunen har minst 1 utdannet AKS-sykepleier. Det er per i dag allerede flere sykepleiere under videreutdanning, og kommunen vil i løpet av 2024 ha en ferdigutdannet AKS-sykepleier ved 4 av 7 soner. Det anbefales at det settes av midler til videreutdanning som AKS-sykepleier ved ytterligere 3 soner for å sikre denne kompetansen jevnt fordelt og uavhengig av hvor man bor i hele kommunen.

### Kompetanse på velferdsteknologi

Velferdsteknologi for økt egenmestring og trygghet, og teknologi som kan bidra til mer avstandsoppfølging der dette er mulig er et satsningsområde innen helse- og omsorgstjenestene. Spesielt der dette kan bidra til at bruker kan blir mer selvhjulpen og uavhengig av kommunens arbeidsplan/turnus og samtidig oppleve trygge og forsvarlige tjenester i hverdagen. Mye teknologi er allerede tatt i bruk, og det forventes en betydelig vekst i årene fremover i takt med enda mer «digitaliserte» eldre i kommende generasjoner frem mot 2050. Ved både kommunens tildelingskontor og i hjemmetjenesten er det viktig at ansatte har kompetanse på velferdsteknologi for å vurdere hvorvidt slik teknologi kan bidra til økt selvhjulpenhet og trygghet for tjenestemottakere. Mange soner har allerede ansatte med videreutdanning innen velferdsteknologi, blant annet velferdsteknologiens ABC. Denne kompetansen bør utvides til flere ansatte, og det anbefales derfor at det satses videre på videreutdanningsløp slik at flere ansatte på alle soner



innehar formell kompetanse på velferdsteknologi, og vurderingskompetanse i forhold til hvorvidt enkelte tiltak og tjenester kunne vært erstattet av slik teknologi. Satsningen dekkes innenfor eksisterende budsjetttrammer i hjemmetjenesten.

### Økt flerkulturell kompetanse

Noen soner har meldt et ønske om flerkulturell kompetanse på sonene. Det vil uten tvil bli flere tjenestemottakere med annen etnisk bakgrunn i fremtiden, samtidig som det allerede i dag ytes helsetjenester til hjemmeboende med annen etnisk bakgrunn enn norsk. Kommunen har kompetanse på flere kulturer og språk fordelt på flere virksomhetsområder, også i hjemmetjenesten. Det anbefales for det første at denne språkkompetansen utnyttes etter behov og for det andre at eventuell kompetanseheving i flerkulturelt arbeid på sonene i hjemmetjenesten følges opp gjennom virksomhetens kompetanseplan.

### Kompetanse på palliasjon/lindrende behandling på alle soner

Med dreiningen mot mer hjemmebasert omsorg, parallelt med at nok de aller fleste, dersom det er mulig, ønsker både å bo hjemme så lenge de kan, og å avslutte livet i sine vante og trygge omgivelser. For de aller fleste er dette i eget hjem. For å kunne gi en forsvarlig og trygg avslutning av livet i eget hjem for de ønsker dette og som ikke nødvendigvis har behov for et høyere omsorgsnivå i sluttfasen av livet, anbefales en styrking av kompetansen på palliasjon på alle soner i hjemmetjenesten. Enkelte soner har allerede formell kompetanse på palliasjon i dag, blant annet gjennom sykepleiere videreutdannet innen kreftsykepleie, men det er også soner uten denne palliasjonskompetansen. I tiltaksoversikten legges det derfor opp til et videreutdanningsløp av sykepleiere for å sikre at denne kompetansen er tilstede på alle soner i kommunen, og således tilgjengelig for hjemmeboende uavhengig av bosted.

### Demens

I Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg er det beskrevet et behov for styrke kommunens demenskoordinator med ytterligere 1 stilling. Det er foreløpig ikke avsatt midler i budsjettet til å foreta denne styrkingen. Kommunedirektøren anbefaler styrking av denne ressursen og at det avsettes ressurser til dette fra og med budsjett 2023.

Det anbefales videre en styrking av kompetansen på demens på sonene, og kommunedirektøren legger i tiltaksplanen opp til videreutdanning på alle soner slik at denne spisskompetansen er tilgjengelig i hjemmetjenesten for alle innbyggere, uavhengig av bosted.

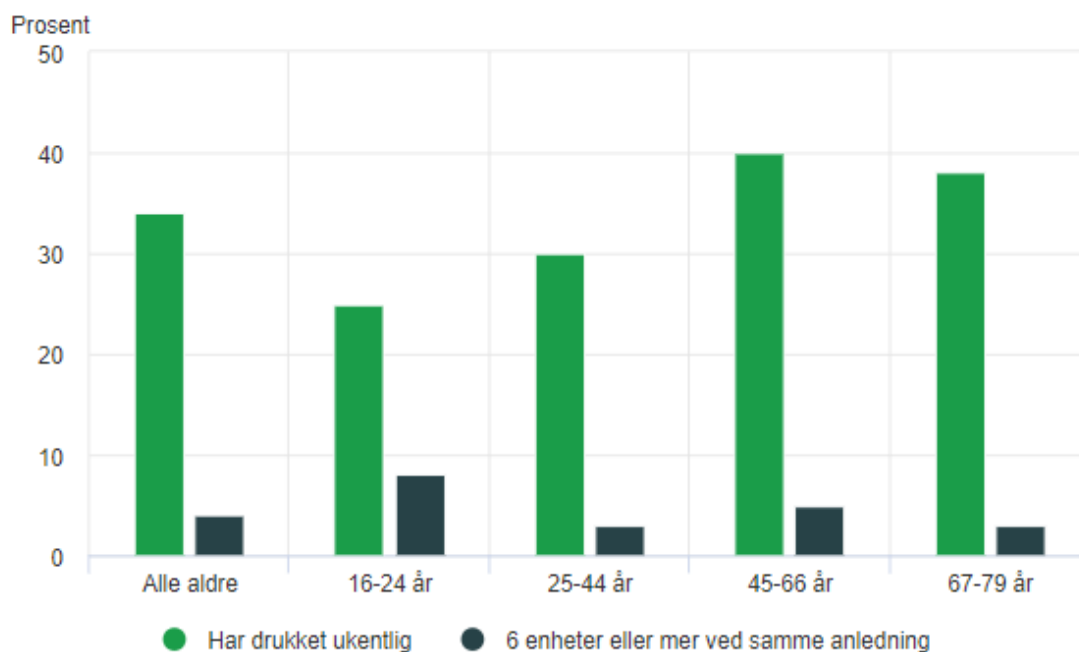
### Kreft

I takt med en økt andel eldre blant kommunens innbyggere må vi også forvente en høyere andel hjemmeboende mennesker med en kreftsykdom. Hjemmetjenesten har ansatte med formell kompetanse på kreft på flere soner, og det jobbes blant annet gjennom virksomhetens strategiske kompetanseplan med å videreutvikle denne kompetansen på sonene gjennom både kurs, veiledning og videreutdanning.

Kreftkoordinator er en stilling i kommunen som jobber på et lavt nivå i omsorgstrappen, blant annet med veiledning av hjemmeboende med en kreftsykdom og deres pårørende, men også med veiledning av ansatte på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det anbefales at denne funksjonen i kommunen utvides i takt med utviklingen av ulike kreftsykdommer blant hjemmeboende i kommunen med behov for råd og veiledning, og at behov for midler til ytterligere styrking av denne ressursen fremmes i fremtidige budsjettprosesser.

### Psykisk helse og avhengighet

Det er behov for å styrke kompetansen på psykisk helse og avhengighet på flere soner, slik at flere hjemmeboende kan få kompetent bistand på et tidlig tidspunkt etter behov. Det er mye tyder på forbruket av alkohol er økende blant de eldste innbyggerne i kommunen, og dette forventes å øke ytterligere blant kommende generasjoner eldre blant annet som følge av endrede alkoholvaner i befolkningen. Figuren under er hentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og viser andelen som har drukket alkohol en gang i uken eller hyppigere og andel som har drukket minst 6 enheter alkohol ved samme anledning ukentlig. Alle tall er fra 2019 og viser blant annet at aldersgruppene over 45 år har et vesentlig høyere ukentlig forbruk av alkohol enn yngre aldersgrupper.



Kilde: Undersøkelsen om rusmidler og tobakk, Statistisk sentralbyrå.

SSB's kartlegginger viser også at forbruk av legemidler varierer med alder. De eldste bruker mest sovemedisiner, både i løpet av året og daglig. Bruken av beroligende midler er ganske jevnt fordelt i befolkningen, men bruk av smertestillende øker med økende alder.

Når det gjelder psykisk helse blant den voksne delen av befolkningen er det ifølge en rapport fra FHI i 2018<sup>2</sup> ikke funnet holdepunkter for at andelen med psykiske lidelser øker, i motsetning til utviklingen blant yngre aldersgrupper, spesielt jenter. I følge den samme rapporten er det imidlertid liten tvil om at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i befolkningen og bidrar til et betydelig helsetap.

På denne bakgrunn og for å sikre kompetanse og tidlig oppfølging i den virksomheten i kommunen som yter tjenester i flest private hjem anbefaler kommunedirektøren at det gjennomføres videreutdanning av ansatte på sonene for å sikre at kompetanse på psykisk helse og avhengighet er tilgjengelig og jevnt fordelt på alle hjemmesykepleiesoner i kommunen. Kostnader forbundet med videreutdanning er synliggjort i tiltaksoversikten.

### Øvrig kompetanseheving

Hjemmetjenesten følger opp innbyggere i eget hjem med ulike sykdommer og har behov en bred kompetanse, ut over de kompetanseområdene som løftes frem i opptrappingsplanen, f.eks kompetanse på diabetes, overvekt/fedme, ernæring mv. Kompetansebehov kartlegges og vurderes årlig i virksomheten, og det er utarbeidet en egen kompetanseplan som beskriver både dagens kompetanse på sonene, og behovene fremover. Denne kompetanseplanen følges opp av hjemmetjenesten.

### Rekruttere og beholde ansatte

Det er viktig at kommunen jobber videre med å sikre en god rekrutteringsstrategi i en fremtid der det med stor sannsynlighet vil bli mer krevende å få rekruttert helsepersonell. Dette både fordi det utdannes for lite helsepersonell i forhold til behov, og fordi kommuner og spesialisthelsetjenesten vil konkurrere om å rekruttere helsepersonell i enda større grad fremover. Det blir da viktig at kommunen har etablert ordninger som kan bidra til at Tønsberg kommune oppleves som attraktiv arbeidsgiver.

Like viktig som å være en attraktiv arbeidsgiver for potensielle nyansatte er det viktig å beholde de som allerede er ansatt som helsepersonell i kommunen, slik at vi unngår å komme i en situasjon der vi både må erstatte ansatte som velger en annen arbeidsplass, i tillegg til å måtte rekruttere for å ha en netto tilvekst av helsepersonell med minst 2 årsverk per år. Videre vil tiltak og en HR-strategi som kan bidra til at Tønsberg kommune blir en arbeidsgiver man ikke ønsker å bytte ut med en annen kunne medføre at kommunen i størst mulig grad beholder personell kommunen har investert mye i, blant annet gjennom kostnadskrevende videreutdanninger.

---

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>

## Velferdsteknologi og tildeling av hjelpemidler for økt trygghet og egenmestring

For øke satsningen på velferdsteknologiske hjelpemidler som kan bidra til økt grad av egenmestring, trygghet og muligheter for avstandsoppfølging er det behov for å sette av mer driftsmidler til slikt utstyr. Per i dag leier kommunen som hovedregel ulike velferdsteknologiske løsninger, fremfor kjøp og eie. Dette handler blant annet om mulighetene for å til enhver tid sitte med oppdatert utstyr som kan følge utviklingen på området. For å øke satsningen på velferdsteknologi rekrutteres det i mai 2022 3 nye stillinger i kommunen som skal følge opp prosjekter rundt e-helse og velferdsteknologi i tjenestene, noe som vil bidra til en betydelig økt satsning i kommunen. I tillegg vil det være et behov for å sette av driftsmidler i budsjettet for 2023 slik at kommunen har rom til leie av nytt utstyr til nye brukere i kommunen som en hel eller delvis erstatning for enkelte hjemmetjenester. Behovet for driftsmidler er synliggjort i tiltaksoversikten i siste del av opptrappingsplanen.

På noe sikt kan det være behov for å rekruttere noen årsverk for monitorering av velferdsteknologisk utstyr i private hjem, spesielt på natt. Dette følges opp av hjemmetjenesten og et eventuelt behov for midler til rekruttering av personell som kan monitorere velferdsteknologisk utstyr vil meldes i fremtidige budsjettprosesser.

## Hverdagsrehabilitering

For å møte en betydelig økt andel hjemmeboende eldre og for å prioritere tiltak som kan bidra til økt selvhjelpenhet etter en målrettet oppfølging anbefales en økt satsning på hverdagsrehabilitering i kommunen. Hverdagsrehabilitering er et tiltak som gjennomføres etter vurdering av hjemmetjenesten med et team bestående av personell fra hjemmetjenesten i tillegg til ergoterapeut og fysioterapeut. Målet er egenmestring etter tiltaksperioden som vanligvis er opptil 6-7 uker, noen ganger lenger dersom man ser en positiv utvikling. Signalene fra hjemmetjenesten er at behovet overstiger dagens tilgjengelige ressurser og at flere kunne fått hjelp til å mestre mer av sitt liv på egenhånd. Det foreligger dermed et potensial i kommunen til forebygge bruk av ressurser over tid overfor innbyggere som etter opptrening kan mestre enkelte oppgaver/funksjoner selv. For å sikre en bedre ressursutnyttelse av personell i hjemmetjenesten, og for å understøtte den enkeltes ønske om å klare seg selv mest mulig anbefales en dobling av dagens lister knyttet til hverdagsrehabilitering på sonene, med en gradvis opptrapping i økonomiplanperioden. Dette medfører et behov for rekruttering av 7 årsverk helsefagarbeider i perioden 2023-2026, i tillegg til styrking av ergo- og fysioterapeutressurser, som er beregnet til henholdsvis 2 + 3 årsverk. Forventet kostnad er synliggjort i tiltaksoversikten.

## Digital infrastruktur

Flere soner har i forbindelse med arbeidsverksteder rapportert til dels utdaterte og ikke-tilstrekkelig antall digitale verktøy. Kommunedirektøren anbefaler at det investeres i digitale verktøy som vil bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for ansatte. I første omgang bør det investeres i bærbare pc på alle soner, som erstatning for stasjonære, i et tilstrekkelig antall for å unngå unødig ventetid. Det foreligger investeringsmidler ved Virksomhet Digitalisering i kommunen som kan benyttes for oppgradering av ulikt utstyr, og det anbefales at hjemmetjenesten foretar en kartlegging av behov ved alle soner og får oppdatert digitale arbeidsverktøy etter behov.

En av sonene i hjemmetjenesten har per april 2022 ikke et operativt trådløst nett. Det foregår imidlertid et arbeid rundt dette som dekkes av avsatte midler ved digitalisering. Operativt trådløst nett på alle sonene kommunen forventes på plass innen sommeren 2022.

Enkelte steder i Tønsberg kommune er det per i dag ikke mobildekning. Dette skaper åpenbart utfordringer når det kommer til å få tilgang til pasientjournal ved bruk av håndholdte enheter når man er hos pasienten. Disse lokasjonene i kommunen er stort sett kjent av personell i hjemmetjenesten og medfører at man sikrer kvalitet og forsvarlighet ved å bruke prosedyrer for nødvendig informasjon og dokumentasjon som gjaldt før man tok i bruk i håndholdte mobile enheter. Kommunen har dialog med teleoperatører vedørende disse utfordringene og jobber for at vi i fremtiden får en kommune der alle innbyggere og kommunens helsepersonell har mobildekning uavhengig av hvor man bor eller befinner seg.

Det er gitt flere tilbakemeldinger under gjennomførte arbeidsverksteder ved sonene at det foreligger noen uheldige begrensninger ved funksjonaliteten til journalsystemet (CosDoc+) og kommunens håndholdte enheter når man er hos en pasient. Det er blant annet ikke mulig å ta bilde med enheten, da enheten er sperret for kamerabruk, noe som antageligvis dels er av sikkerhetsmessige årsaker og dels begrensninger ved integrasjon mellom den håndholdte enhetens kameramodul og fagsystemet. Dette mener flere er en stor ulempe, spesielt med tanke på behov for å kunne ta et bilde av sår o.l som kan overføres/dokumenteres i journalsystemet og som kunne bidra til viktig informasjon for løpende vurdering av utvikling og effekten av en iverksatt behandling. En slik løsning ville også kunne gitt mulighet til å oversende bildeinformasjon til vurdering av lege etter behov. Mange opplever videre at løsningen og tilgangen til journal fra håndholdte enheter har et stort generelt forbedringspotensial. Kommunedirektøren anbefaler at disse begrensningene følges opp av kommunens systemrådgivere i samarbeid med Virksomhet Digitalisering og at det gjennomføres en dialog med leverandør av fagsystemet slik at man kan få på plass en bedre løsning som i større grad dekker hjemmetjenestens behov, og som samtidig ivaretar personvern mv.

## Strengere tildeling av tjenester og tydeligere avgrensning av vedtak

Under arbeidsverksteder, og også gjennom tilbakemeldinger gitt etter gjennomførte arbeidsverksteder i hjemmetjenesten, er det kommet flere tilbakemeldinger fra både ledere og ansatte at det bør vurderes en strengere tildeling av en del tjenester i kommunen, kanskje først og fremst tjenester som faller inn under «paraplyen» praktisk bistand. Det er også kommet en del tilbakemeldinger rundt tydeligere avgrensning av vedtak slik at det er minst mulig rom for tvil om hva kommunen skal bistå den enkelte innbygger med. I dag opplever hjemmetjenesten i noen grad at enkelte vedtak er for «romslige» og utydelige, noe som kan bidra til å skape tvil hos tjenestemottaker rundt hva hjemmetjenesten faktisk skal bistå tjenestemottaker med, og dermed også vanskeligere å avslå.

Kommunedirektøren anbefaler at tilbakemeldingene fra hjemmetjenesten følges opp av administrasjonen og at det i samarbeid med Virksomhet Tildeling av helse- og omsorgstjenester (THO) nøye vurderes hvilke tjenester som både bør/må tildeles, i tråd med gjeldende lovverk, og hvilke man bør/kan avslå. Vedtaksutforming bør det jobbes videre med slik at kommunen så langt som mulig sikrer en tydelig og forutsigbar informasjon til både tjenestemottaker og tjenesteyter om hva kommunen skal levere av tjenester til den enkelte, og på den måten forebygge eller bidra til å unngå tvil rundt hva kommunen kan bistå med og hva den enkelte må besørge selv.

## Opprette en helsestasjon for eldre

Mange soner har meldt et ønske om å at kommunen bør opprette en helsestasjon for eldre som et lavterskeltiltak. Flere kommuner i Norge opererer i dag med en helsestasjon for eldre som kan veilede eldre i ulike spørsmål, videreformidle kontakt til ulike instanser i kommunen, og som også kan gjennomføre hjemmebesøk etter avtale.<sup>3</sup>

Kommunedirektøren ser potensialet i et tiltak lavt på omsorgstrappen som kan avlaste tjenestene på et høyere omsorgsnivå og anbefaler etablering av en helsestasjon for eldre ved kommunens planlagte lærings- og mestringssenter for hjemmeboende på «nye Træleborg»<sup>4</sup>. Helsestasjonen bør organisatorisk forankres til Virksomhet Mestring og forebyggende tjenester, og det vil være behov for å rekruttere 1 årsverk sykepleier med relevant videreutdanning til denne stillingen. Det anbefales at denne stillingen får ansvar for å utvikle innholdet i tjenesten i nært samspill ledergruppen og de øvrige lærings- og mestringstilbudene for eldre i kommunen.

I påvente av etableringen av et lærings- og mestringssenter ved nye Træleborg, som anslås å stå klar i 2027/2028, anbefales det at en helsestasjon for eldre vurderes etablert raskere og midlertidig på en annen lokasjon som et lavterskeltiltak for hjemmeboende eldre i kommunen. Et slikt nytt tilbud i Tønsberg kommune bør fortrinnsvis organiseres sammen med de øvrige lavterskeltilbudene i Virksomhet Mestring- og forebyggende tjenester. Administrasjonen er i gang med å planlegge alternativ lokalisering/nye lokaler for å få samlokalisert deler av dagens lavterskeltilbud, og administrasjonen vil i den forbindelse se på muligheten for en midlertid opprettelse av en helsestasjon for eldre på en egnet lokasjon i påvente av at Træleborg Lærings- og mestringssenter er etablert i 2027/2028.

## Tilgjengeligheten til lege

Hjemmetjenesten opplever i dag at tilgjengeligheten til fastlege er krevende, og at det ofte er krevende å få kontakt med fastlege når de har behov for en eller flere avklaringer rundt en pasient. Dette oppleves som utfordrende, og det er heller ingen enkel løsning på dette. Fastlegene sitter ofte opptatt med pasienter på legekantoret når hjemmetjenesten eventuelt prøver å få kontakt, og det

---

<sup>3</sup> Se for eksempel:

<https://www.fredrikstad.kommune.no/tjenester/helseomsorgogvelferd/helsestasjoner/helsestasjon-for-eldre/>, <https://www.harstad.kommune.no/helsestasjon-for-eldre.489427.no.html>

<sup>4</sup> Kommunestyret vedtok under behandlingen av Fagplan Aktiv aldring og fremtidens eldreomsorg 8. desember 2021 at det skal bygges minst 48 døgnbemannede omsorgsboliger ved Træleborg etter at dagens institusjonsdrift flytter til Hogsnes Helsehus. Bygningsmassen skal også romme et lærings- og mestringssenter for hjemmeboende og et nytt sonekontor for hjemmetjenesten.

er lite rom for fastlegen til å ringe opp hjemmetjenesten mellom konsultasjoner. Dette er en kjent nasjonal problemstilling blant annet som følge av at fastlegene er tildelt svært mange oppgaver og at det er lite rom for annet enn oppfølging av pasienter som fysisk møter opp på legekantoret og som har bestilt legetime samme dag eller tidligere. En nasjonal problemstilling krever en nasjonal løsning, og kommunen avventer derfor eventuelle tiltak fra sentrale myndigheter. Ut over dette er kommunen i gang med å utarbeide en plan for legetjenesten som blant annet vil foreslå ulike tiltak, blant annet samhandlingstiltak. Plan for legetjenesten blir fremmet for politisk behandling høsten 2022.

## Sonestruktur

Tønsberg kommune har i dag 7 sykepleiesoner med en geografisk inndeling av kommunen. I takt med boligutvikling og økt andel eldre i årene fremover i del ulike sonene så kan det oppstå et behov for nye soner og/eller deling av eksisterende soner. Dette vil kunne medføre noen nye kostnader for kommunen, spesielt kostnader knyttet til etablering av nye lokasjoner og ansettelse av tjenesteleder/- for sonen/-e. Foreløpig ligger det ingen større konkrete planer for etablering av nye soner, ute over en mulig deling av sone Søndre Slagen i en «ute-sone» og en «inne-sone». Dagens sonestruktur vurderes forøvrig fortløpende i tjenestene. Dersom og når det skulle oppstå et behov for en ny sone og/eller deling av eksisterende soner, vil dette fremmes politisk dersom dette medfører en behov for økning i budsjettammer i hjemmetjenesten.

## Lokalisering natttjenesten Tønsberg og tilgang til kompetanse på natt

Tønsberg kommune har 2 soner på natt som sikrer innbyggernes behov for helsehjelp. Den ene sonen følger opp innbyggere i tidligere Re kommune og er fysisk lokalisert ved Re Helsehus. Den fysiske lokaliseringen av natttjenesten i Re vurderes som svært god.

Den andre sonen i kommunen følger opp innbyggere i tidligere Tønsberg kommune før Re og Tønsberg ble slått sammen til en kommune i 2020. Denne nattsonen er per i dag samlokalisert med hjemmesykepleien sone Træleborg. Tilbakemeldinger fra ansatte på denne sonen går på at det er lite plass og at lokaliseringen kunne vært mer optimal med tanke på tilgjengelighet/responstid til kommunens ulike lokasentra (Sem, Vear, Tolvsrød, Eik, Sentrum etc.). Kommunedirektøren registrerer ønsket om endret lokalisering og/eller bedre fasiliteter ved dagens sone og anbefaler at dette følges opp av administrasjon i den videre planleggingen av sonestruktur og fysisk lokalisering. Ved eventuell opprettholde av dagens lokalisering av natttjenesten ved Træleborg vil det sikres tilstrekkelige personalareal i forbindelse med utviklingen av nytt sonekontor for hjemmetjenesten på Træleborg når dette området skal videreutvikles til blant annet døgnbemannede omsorgsboliger og et lærings- og mestringssenter for hjemmeboende.

Natttjenesten har i forbindelse arbeidsverkstedet som ble gjennomført tidligere i år spesielt løftet frem sårbarheten knyttet til kompetanse på psykisk helse og avhengighet på natt. Nattevaktene opplever det som utfordrende å følge opp brukere med en psykisk tilstand på natt som etter deres vurdering trenger en oppfølging som ikke kan vente til neste dag, men som samtidig kanskje ikke der og da er alvorlig nok for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Dette skaper en del vanskelige

situasjoner og usikkerhet knyttet til hva som er en forsvarlig oppfølging. Det har vært kommunisert et ønske om en «second-opinion» vurdering fra ansatte med kompetanse psykisk helse og/eller lege, og mulighet for innleggelse på ØHD der det oppleves som uforsvarlig å forlate tjenestemottaker på kveld/nattestid. Det anbefales at denne typen problemstillinger følges opp med tiltak i hjemmetjenesten. Fortrinnsvis gjennom en dialog med legevakt og med døgnbemennende boliger i kommunen som bistår brukere med psykisk helse og avhengighetsproblematikk. Ut over spesialisthelsetjenesten er det disse funksjonene som eventuelt kan bistå nattjenesten med råd og vurderinger på nattestid, og det antas også at løsningene på disse utfordringene delvis befinner seg i et samarbeid mellom disse tjenestene. I tillegg vil det være viktig at formell kompetanse på psykisk helse og avhengighet gjennom videreutdanning også er tilstede i nattjenesten, på lik linje med de øvrige hjemmesykepleiesonene i kommunen, og at dette følges opp i forlengelsen av tiltaket som skal sikre denne kompetansen gjennom nødvendig videreutdanning på alle soner.

### «Portørtjeneste» for hjemmetjenesten

Under arbeidsverkstedene som har vært gjennomført i hjemmetjenesten har flere nevnt et ønske om en «portørtjeneste» som blant annet kan ta seg av kjøring av blodprøver til sykehus, håndtering av kjøretøy som vask, dekkskifte/dekkhotell, service mv. Hjemmetjenesten opplever at de bruker en del tid på slike oppgaver, og tid som heller kunne kommet innbyggere til gode. Kommunedirektøren anser bruk av helsepersonell til slike oppgaver som lite hensiktsmessig og inn-effektiv bruk av kompetanse. Det anbefales derfor at det settes i dag et arbeid i samarbeid med Virksomhet Mestring- og forebyggende tjenester (MFT) for vurdering av opprettelse av et nytt dagtilbud for brukere i døgnbemannet bolig som kan fungere som en «portørtjeneste». Et slikt tilbud kan avlaste hjemmetjenesten, samtidig som at andre tjenestemottakere i kommunen kan få et utvidet dagtilbud. Eventuelle kostnader rundt etablering av et slikt tilbud vil, så fremt det ikke kan dekkes innenfor eksisterende budsjettammer, fremmes for politisk behandling.

### Bilpark

I takt med en årsverksvekst i hjemmetjenesten vil det oppstå et behov for innkjøp av nye elektriske kjøretøy. Det legges i planen opp til en vekst i innkjøp av kjøretøy i takt med årsverksvekst, der ett årsverk medfører et behov for innkjøp av ett nytt kjøretøy. Dette er derfor et behov for å sette av investeringsmidler til utvidelse av bilparken med 2 kjøretøy hvert år i økonomiplanperioden. I tillegg vil 1 dobbel liste hverdagsrehabilitering medføre behov for 1 ny bil. Det vil derfor være behov for ytterligere 7 nye biler ved dobling av lister til hverdagsrehabilitering ved alle 7 soner i kommunen. Kostnad og innslagspunkt er synliggjort i tiltaksoversikten sist i opptrappingsplanen.

### Lavterskel-, dag- og aktivitetstilbud

Flere av innspillene fra både innbyggere, politikere og ansatte på sonene dreier seg om lavterskel-, dag- og aktivitetstilbud. Behovet for styrking av disse tilbudene vil bli vurdert i forbindelse med egen delplan som er under utarbeidelse og som vil bli fremmet for politisk behandling



## Tiltaksoversikt for opptrapping av hjemmetjenesten 2023-2026

Tiltak	Beskrivelse	2023 <sup>5</sup>	2024	2025	2026	Ansvar <sup>6</sup>
<b>Årsverksvekst hjemmesykepleien (driftsbudsjett)</b>	Det er behov for styrke hjemmesykepleien med 2 årsverk per år i budsjettperioden. Økningen anses som moderat, følger generell befolkningsutvikling og vil bli evaluert årlig. Ett årsverk sykepleier beregnet til kr. 800.000 per år inklusive alle utgifter.	1.6	3.2	4.8	6.4	HJTJ
<b>Utvidelse av bilpark (investeringsbudsjett)</b>	For å møte en årsvekstvekst legges det opp til en tilsvarende økning til kjøp av elektriske kjøretøy i hjemmetjenesten, 330.000 per bil. I tillegg vil det være et behov for ett nytt kjøretøy per dobling av liste til hverdagsrehabilitering ved sonene.	1.32 (+4 biler)	2.64 (+4 biler)	3.96 (+4 biler)	4.95 (+3 biler)	HJTJ
<b>Rekruttering av demenskoordinator (driftsbudsjett)</b>	Det er det behov for styrke dagens demenskoordinator ressurs i kommunen før å møte veksten i antall eldre og en forventet økning i andel innbyggere med en demenssykdom	0.8	0.8	0.8	0.8	MFT
<b>Etablering av en helsestasjon for eldre (driftsbudsjett)</b>	MFT – rekruttering 1 prosjektleder/sykepleier med relevant videreutdanning	0.8	0.8	0.8	0.8	MFT
<b>Oppdatering og oppgradering av digital infrastruktur (investeringsbudsjett)</b>	Dekkes innenfor allerede avsatte investeringsmidler ved DKA etter kartlagt behov.	0	0	0	0	-
<b>Kompetanseheving (driftsbudsjett)</b>	Demens (USN), krav bachelor. 1 års-varighet. Behov: 5 soner. Ca. kr 130.000	0.13	0.39	0.52	0.65	HJTJ

<sup>5</sup> Alle beløp i mill.kr

<sup>6</sup> HJTJ = Virksomhet Hjemmesykepleien, MFT = Virksomhet Mestring og forebyggende tjenester, DKA = Digitalisering, kommunikasjon og administrativ støtte.

	<p>per person, studieavgifter inkl. utgifter til vikar.</p> <p>AKS-sykepleier (masterprogr. USN). 4 soner dekt per 2024. Behov for 3 nye utdanningsløp. Kostnad 1,2 mill. kr per studieløp. Mulig å søke om midler fra Hdir (tilskudd 360.000 per studieløp). 825.000 reell nettokostnad tbgkom.</p> <p>Velferdsteknologi (helsefagarbeider med videreutdanning i velferdsteknologiens ABC). Kr. 8000,- per løp. Dekkes innenfor eksisterende budsjettammer.</p> <p>Psykisk helse og avhengighet (USN deltid 2 år kr. 126.000 per løp), krav bachelor. Behov: 2 soner.</p> <p>Videreutdanning palliasjon, krav bachelor. Behov: 1 sone.</p>	0.8	1.6	2.4	2.4	
		0	0	0	0	
		0.13	0.26	0.26	0.26	
		0.13	0.13	0.13	0.13	
<b>Hverdags-rehabilitering (driftsbudsjett)</b>	<p>Dobling av dagens lister medfører et behov for nyansettelse av 1 helsefagarbeider per hjemmesykepleiesone dag/kveld (7). 1 årsverk helsefagarbeider beregnet til kr. 700.000 per år inklusive alle utgifter.</p> <p>I tillegg vil det være et behov for styrke ergoterapi- og fysioterapitjenestene i kommunen med henholdsvis 2+3 årsverk ved dobling av listene ved 7 soner. 1 årsverk beregnet til kr. 800.000 per år.</p>	1.4	2.8	4.2	4.9	HJTJ
		1.6	2.4	4	4	MFT
		(1 ergo + 1 fysio)	(+1 fysio)	(+1 ergo +1 fysio)		
<b>Velferdsteknologi</b>	Behov for midler til leasing/leie av velferdsteknologisk utstyr.	3.0	3.0	3.0	3.0	DKA
<b>Fagkoordinator på tvers av soner</b>	Nyrekruttering; kompetanse på velferdsteknologi, demens, psykisk helse og avhengighet, bachelor spl med videreutdanning/master)	0.8	0.8	0.8	0.8	HJTJ

Sum vekst driftsbudsjett i økonomiplanperioden 2023-2026 (mill. kr)	29.14
Sum vekst investeringsbudsjett i økonomiplanperioden 2023-2026 (mill. kr)	4.95
<b>SUM VEKST 2023-2026 (mill. kr)</b>	<b>34.09</b>

## VEDLEGG 1: Arbeidsverksteder ved sonene i hjemmetjenesten

Ved alle sonene til hjemmetjenesten i kommunen ble det i mars/april 2022 gjennomført et arbeidsverksted på personalmøte, der personalgruppen ble delt i inn grupper der de ble bedt om å reflektere rundt og svare på følgende spørsmål:

**«Med i bakgrunn i kjennetegn ved fremtidens eldre, usikkerheter og en kommune med et godt og tilstrekkelig dimensjonert og differensiert dag- og aktivitetstilbud for fremtidens hjemmeboende eldre: Hvordan bør vi trappe opp tjenestene som hjemmetjenesten skal levere til kommunens innbyggere – hvordan ser fremtidens hjemmetjeneste ut i Tønsberg kommune?»**

### Tilbakemeldinger fra sone Sem

#### Gruppe 1:

- Vi opplever ofte at transport til dagtilbud er for dårlig. Det må bli bedre. Flere biler, mange må kjøre veldig lenge (over 1 time) for å komme fram. Vi har også opplevd at det er plass på dagtilbud, men mangler transport, så personen får derfor ikke tilbud om dagtilbudet.
- Vi i hj.spl gjør mange små oppgaver i løpet av en dag som ikke er direkte helse/personrettet, men likevel viktige. Eks kaste søppel, skifte på seng, ta inn avis, vaske opp (noen ganger også etter pårørende). Hva med å ta betalt for dette?
- Sykepleiere bruker ekstremt mye tid på å få tak i riktig lege via telefon eller e.mld, og noen er dårligere enn andre til å svare. Hva med egen fastlege for alle som mottar hj.spl hvor vi har medisinansvar? Hvis vi hadde hatt en lege (eller to) å forholde oss til, og som var dedikerte og engasjerte, så hadde vi spart oss for masse tid og frustrasjon. Mer som en sykehjemslege. Som også tar hjemmebesøk.
- Øke grunnbemanning. Og spesielt i ukedagene, det er da det meste av samhandlingen og `papirarbeid` gjøres. Frigjøre sykepleiere i større grad for å jobbe med medisinrom etc.
- Bedre arbeidsvilkår. Noe må gjøres for å rekruttere helsepersonell til tbg.kommune. Eksempel: Bedre betalt for første ekstra helgetime. 100 % eller mer fra første time overtid, ikke 50% de fire første timene som det er i dag. Ikke miste helg/kveldstillegg på røde dager/ved overtid.
- Sko er en del av uniformen! Vi utsetter oss for masse smitte og skitt hjemme hos folk, og er ut og inn av biler året rundt og i all slags vær.
- Arbeidstelefonen er for dårlig. Bedre type/modell, ikke den dårligste på markedet som vi har i dag. Vi kan ikke ta bilde med den, feks av sår, da må vi bruke privat. Det må også være lettere å dokumentere på den, altså med en fullversjon av cosdoc. Vi kan for eksempel ikke registrere målinger på telefonen i dag.
- Støtte til kurs og videreutdanning. Kursing i forflytning, sår, hygiene, ernæring etc.
- Faglister. Egne lister for sår, demens, psykiatri, hverdagsrehab. Hver dag året rundt, det må ikke fjernes i ferier.
- Årlig førstehjelpskurs. HLR på dagsorden!
- Hjelpemidler må være enklere å få tak i på kort varsel. Vi strekker oss langt og sliter oss ut. Folk må kunne få katapultstol på dagen, det samme gjelder sykehusseng. Heis tilgjengelig og ledig på hver sone som kan hentes og brukes med en gang behovet oppstår. Det gjelder vårt arbeidsmiljø og HMS.
- Hjemmelagd mat på alle servicesenter.
- Tannhelse på frikort.
- THO kan være strengere med utdeling a tjenester. De kan dra på hjemmebesøk i tørre grad, ikke overlate det til oss.
- Sårskift og injeksjoner kan tas hos fastlege.

- Velferdsteknologi. Ny generasjon vil kanskje i større grad mestre dette selv, de er tryggere på teknologi.
- Bestille mat selv via hjemlevering av middag som foodora, takeaway.

## Gruppe 2:

- Siden de eldre i fremtiden antakeligvis vil ha høyere elektronisk kompetanse, vil de nok ha større forståelse for bruk av velferdsteknologi og derved føle at dette er gode hjelpemidler. Dette bør utnyttes slik at de kan klare seg best mulig selv og ha større frihet i hverdagen. THO bør få økt kompetanse på området slik at de vet hvilke tilbud som finnes.
- Det bør på sikt bli mulig å avslutte handling fra hjemmehjelpene for brukere. De kan bestille i internettbutikker. Brukere bør ikke få bare hjelp til dusj en gang pr uke fordi de trenger hjelp til hårvask. Da kan de gå til frisør. Sårskift kan utføres hos fastlege.
- Økt dagtilbud. Egenandel på transport slik at det kan benyttes andre leverandører av transporttjenester.
- THO må styrkes slik at de kan ta flere vurderingsbesøk slik at pleierne ikke skal utføre dette. HPF bør ikke være obligatorisk ved alle tjenester. F.eks om det bare bestilles sårskift for en liten periode.
- Tydelige avgrensede vedtak. Brukere og pårørende forventer stadig at hjemmesykepleien overtar det meste av ansvar så fort tjenesten er opprettet.
- Styrke ergo- og fysioterapitjenesten for raskere levering av hjelpemidler, råd og veiledning til hjemmesykepleien i enkelttilfeller.
- Eldre bør få kartleggingsbesøk etter en viss oppnådd alder før de får behov for tjenester.
- Felles struktur. Pleiere må vite nøyaktig hva de kan hjelpe brukere med, og ikke, da vi har brukere som presser pleiere til å gi hjelp som ikke går under nødvendig helsehjelp.
- Forbedre kommunens nettside slik at det går klart fram hva brukerne kan forvente av tjenester og eventuell pris.
- Multidose hver 4. uke fra apoteket. Der vi ikke yter annen helsehjelp enn utlevering av multidose hver 4. uke bør brukere ha privat multidoseordning. Vi kjenner disse brukerne dårlig og må følge opp ved endringer i medisiner, noe som medfører ekstraarbeid.
- Nye beboere i leiligheter på Temsengen må få beskjed om at en leilighet her ikke er ensbetydende med hjemmesykepleie så lenge de ikke har reelt behov for helsehjelp i hjemmet.
- Pårørende må stille opp mer. Større bruk av frivillighet.
- Satsing på fagutvikling, internundervisning, kursdeltakelse for ansatte.
- Økt lønn for å rekruttere og beholde fagpersonell og gjøre kommunen til et attraktivt arbeidssted.
- Helsestasjon for eldre med sykepleier, lege, tannlege, ergo- og fysioterapitjenester samlet på et sted. Gjerne også frisør og fotterapeut.
- Styrke samarbeidet mellom fastleger, hjemmetjeneste og apotek.

## Tilbakemeldinger fra sone Søndre Slagen

### Gruppe 1:

- Velferdsteknologi og avstandsoppfølging: Videooppfølging – f.eks ved terminalpleie hvor sykepleier er langt unna og helsefagarbeider er tilstede: kan ferdigopprykkede medikamenter settes av helsefagarbeider hvis sykepleier er med over facetime el.l? Sparer både ressurser og pasienten for unødig venting.
- Flere bør ha Evondos – kan spare mange tjenester og besøk. Det finnes i flere funksjoner i Evondos som ikke brukes i dag.
- Facetime: til vurdering av sår – den som er hos pasienten kan veiledes pr video fremfor å reise fysisk til pasienten. Dette har vært forsøkt ut fra sårpoliklinikk bl.a.
- Mer spesialisert kompetanse/økt fagkompetanse/spesialkompetanse: Forbedringspotensiale på å bruke rett kompetanse på rett plass. Kartlegge kompetanse/interessefelt/videreutdanninger hos ansatte og sette bedre i system at kompetansen brukes.
- Flere hender/rekruttering: Arbeidstid og turnus er viktig for å beholde ansatte i kommunehelsetjenesten. Positive «skussmål» kan virke positivt på rekruttering: Tønsberg er ikke så stort og mange vil nok undersøke litt rundt med kjente før de velger å søke en jobb. Synliggjøre variasjonen i arbeidsoppgaver – arbeidsdagen i hjemmetjenesten 2022 inneholder mye mer enn dobøtter og støttestrømper.
- Reduksjon av gratis-tjenester: Klarere grenser mellom praktisk bistand (rengjøring, bytte på seng, vaske klær) – hadde vært en fordel med enten; mulighet for at hjemmesykepleien skriver tid på praktisk bistand slik at brukerne må betale for oppvask, klesvask osv. Avklare på forhånd med pasient/pårørende om de ønsker dette som en betalingstjeneste, eller om de vil gjøre det selv. Vi kan sette bort oppvask i oppvaskmaskin uten betaling – pårørende tømmer, hvis vi skal tømme så skal det betales. Klesvask; hvis noen har hatt et «uhell» i senga går det som helsehjelp og bør være gratis, ordinært sengetøyskift er betalingstjeneste.
- Forventningsgapet: Følge til lege; bør kun være helt i nødstilfeller, ellers kan pårørende, frivillige eller betalingstjeneste f.eks Prima Omsorg el.l gjøre dette. Det har allerede blitt kuttet ut flere tjenester; hårrulling osv. Vi i gruppa føler at vi stort sett gir tjenester i kategori nødvendig helsehjelp i vår arbeidshverdag.
- Målrettet rehabilitering/habilitering i eget hjem med egenmestring som mål: Det ville vært gunstig å øke kapasiteten til hverdagsrehabilitering. Vi erfarer at de får frem ressursene hos mange av de som mottar tilbudet, og at de mestrer egen hverdag bedre. Viktig å vedlikeholde funksjonsnivået; tilbud om fellestrening på Slagen el.l i etterkant.
- Jobbe annerledes, hvordan? Bruk av velferdsteknologi og avstandsoppfølging. Egen tilsynslege i hjemmesykepleien? Vi bruker unødig mye tid på å «gjete» fastleger, følge opp om vi har fått svar, purre opp svar.. Egen tilsynslege på hver sone? Fordel; kjennskap til pasienter og ansatte; lettere å sette i gang tiltak basert på det de ansatte rapporterer da legen kjenner personalet og deres vurderingsevner.
- Forebyggende rolle: Pårørende med stor omsorgsbyrde; f.eks ektepar; det er god forebygging i å ivareta også de pårørende. En form for «støttesamtaler» for å ventilere når de har det tøft er god forebygging. Hjelp til å organisere f.eks at den friske kan reise bort; hjelpe dem med å se hvilke personer i eget nettverk de kan bruke som avlastning. Hjelp med å søke kommunale avlastningstilbud.
- Tverrfaglig team: Bør være flinkere til å benytte kompetanse på tvers av soner. Til internundervisning, til å hjelpe i vurderinger. Bør være likt tilbud til alle tjenestebrukere i

Tønsberg og ikke flaks eller uflaks om du bor i en sone som har sårpsykeleier, kreftpsykeleier el.l.

- Kartlegge hvilken kompetanse som finnes rundt på sonene, og hvordan vi kan bruke den på tvers. Innsatsteam? Et team, inkludert vår drømmelege, som tar imot pasientene, kartlegger behov, setter alt i system før de føres ut til ordinær hjemmetjeneste.
- Sonestruktur: Positivt å samarbeide med nabosoner
- Helsestasjon for eldre: Genial idé! Her kommer tilsynslegen til sin rett, og all kompetansen som finnes ute i tjenesten. Fint å kunne oppsøke et sted og kartlegge hvilke behov man har, og få iverksatt nødvendige tiltak. Kan være god forebygging. Også fokus på psykisk helse hos eldre, noe vi mener er nedprioritert i vår hverdag.
- Samarbeid med frivilligheten: Det tar tid å orientere seg i hva som finnes av frivillige tilbud, og derfor er vi nok dårlige til å bruke det.
- Opplæring/kompetanseheving av brukere/pårørende: Et oppdrag for helsestasjonen for eldre ;)
- Kreft- og demenskoordinator: Behov for økte stillinger!! Det finnes personer med kompetanse på demens, kreft/palliasjon osv ute i sonene, og disse kunne nok avlastet hvis deres kompetanse ble brukt på riktig måte. Altså: at de ikke blir satt til oppgaver som «alle» kan gjøre, når behovet for deres spesifikke kompetanse er så stort.
- Vi bruker mye tid på unødige oppgaver som å kjøre prøver, hente varer på apotek, kjøre biler hit og dit. Portørtjeneste for å samkjøre ting? At man kan bestille oppdrag i app/på data. Grensesetting og bedre struktur på bestilling av varer fra apotek; må vi alltid ha medisinene som er endret der og da, eller holder det til neste multidose? Pr i dag gjør vi alle endringer umiddelbart, kanskje også om fastlegen har tenkt at vi kan vente. Kostnad på henting av varer på apotek, en sykepleiers tid til å fylle dosett, en annen sykepleiers tid til å kontrollere. Eller jobben og sikkerheten ved å plukke ut fra multidose, tape igjen posen, få dobbelkontroll.. Enormt mye jobb til tider. Er det billigere å bestille hurtigpakk? Evt pålegge pasienten egenandel for denne, behovsprøvd ut fra økonomi såklart.
- Positivt at vi samarbeider med sonene om henting av apotekvarer; men vi kunne sett enda mer på om det er rom for å forbedre samarbeidet.
- Bruke pårørende til å hente ut kurer o.l i større grad, vi har blitt veldig på tilbudssiden ift hva vi var før.

## Gruppe 2:

- Hjelpemidler må fortere på plass – bedre tilgjengelighet – mindre byråkrati
- Hverdagsrehabilitering – redusere ventetiden – må fortere på banen
- Rekruttering av arbeidskraft + **kompetanse**; kartlegge kompetanse (behov for videreutdanning geriatri, demens, psykiatri, diabetes, velferdsteknologi etc.)
- Lager for inkontinensutstyr på bo- og behandlingssentre (tidskrevende med resepter, bestillinger etc.)
- Lage bedre system for bestilling av inkontinensutstyr/næringsdrikker etc. til hjemmeboende – foregår på fax i dag – bør digitaliseres fortest mulig
- Jobbe mer forebyggende for å unngå innleggelser – bra for samfunnsøkonomi
- Velferdsteknologi – vi trenger mer informasjon om muligheter, hva kan det brukes til?

- Bruke ressursene mer hensiktsmessig (hvem deler ut MD, henter medisiner fra apotek, leverer prøver til sykehus, kjører bil til vask, dekkskift og service etc)
- Helsestasjon for eldre (bra for de som er spreke, mobile, ressurssterke) med informasjon/opplæring i diabetes, slag, demens, revmatiske lidelser etc.
- Ambulerende helsestasjon/team (AKS ++) – flere og flere skrøpelige som ikke kommer ut av hus og hjem
- Flere besøksvenn – nedtrapping av frivillig arbeid uaktuelt!
- Følgetjeneste, ledsagertjeneste (til og fra sykehus, fastlege, frisør, fotterapeut, tannlege etc.)
- Kommunikasjon mellom tjenestene, er den god nok? hj.spl., THO, sykehjem, spes.helsetjeneste
- Samarbeid mellom hj.spl. soner, dele kompetanse?
- Bo- og behandlingssentre bør være sin egen sone/institusjon med tilsynslege
- Ønske om egen hjemmesykepleielege!
- Kompetanseheving/repetisjon ift.medisinsk teknisk utstyr – flere fagdager på SIM-senteret for å opprettholde kunnskap
- Behov for flere bemannede boliger for eldre pasienter med dårlig boevne, særlig personer med psyk/rus utfordringer
- Behov for kommunalt palliativt team (kommunalt) med egen lege
- Behov for spesialkompetanse for å følge opp og forebygge (diabetes, KOLS etc)
- Kartlegge ansvarsområder til tjenestene; hj.spl., hj.hjelp, frivillighet, praktisk bistand (tidl, ambulerende team) for å unngå dobbelt arbeid

### Gruppe 3:

- Hjemmehjelpen utfører flere pleieoppgaver, tettere samarbeid av oppgaver mellom hjemmesykepleien og hjemmetjenesten
- Bestilling av mat og varer på nett. «ODA for eldre»
- Enklere system for bestilling av apotekvarer. I dag bruker vi faks og bestiller for pasientene
- Tettere samarbeid og kommunikasjon med fastlegene. Tilgjengelighet. Egne hjemmesykepleieleger?
- Fysio/hjemmetrening satt i system for pasienten som ikke kan reise på dagtilbud. Hjemmesykepleien bruker tid på aktivisering av pasienter.
- Fakturering av tjenester hjemmesykepleier utfører. CRP/blodprøver/urinprøver. Sårutstyr. Følge til sykehus/lege.
- Rekruttering. Kompetanseheving, kursing, videreutdanning. Internundervisning. Må prioriteres i av politikerne. Dette er kjempeviktig for å yte forsvarlig helsetjenester og være en attraktiv arbeidsplass.
- Egne fagutviklingsstillinger i kommunen.
- Samarbeid på tvers av soner.
- Digital oppfølging av pasienter. Facetime. Pasienten måler blodtrykk og puls selv.
- Fagdager i turnus.
- Portørtjeneste for hjemmetjenesten.
  - Hente og levere utstyr mellom sonene, til sykehuset, apotekvarer/medisiner/blodprøver.



- Bilvask/dekkskift/verksted. (pleiepersonell bruker utrolig mye tid på bilhold i løpet av et år)
- Pårørendekurs.
- Avklare forventning med pårørende og pasienter. Hva gjør vi og hva gjør pårørende?
- Digital kommunikasjon med pasienter/pårørende
- Økt fokus på psykisk helse blant eldre
- Tverrfaglige team
  - Psyk team
- Tydelig differensiering av nødvendig helsehjelp. At ikke hjemmetjenesten er en potet som gjør alt alle de andre ikke gjør...

#### Gruppe 4:

- Mer fagkompetanse
- Flere ansatte / økt grunnbemanning
- Fungerende soner: Flere PC'er, teknologi som fungerer, bruke mindre tid på å skrape biler o.l. mer effektivt arbeid, bedre drift av sonen.
- Unngå å sy puter under armene på brukerne – jobbe annerledes, alle jobbe likt.
- Fokus på egenmestring blant brukerne
- Bedre tverrfaglig samarbeid, forbedre struktur rundt henvisninger osv.
- Brukere, pasienter og pårørende må få klar informasjon om hva hj.spl. gjør, hva som er nødvendig helsehjelp osv – denne informasjonen må også i større grad ut til nyansatte. Forskjell på hjemmesykepleie og hjemmehjelp.
- Tydelig informasjon om forskjellen på praktisk bistand og hjemmesykepleie
- Brev/skriftlig informasjon til eldre mennesker som ikke har eller bruker PC/internett osv.
- Inkludere og ansvarliggjøre pårørende.
- Brukere pasienter kan ikke være selektive med hvilke pleiere de skal få hjelp av. (kjønn, trynetillegg, nasjonalitet osv).

## Tilbakemeldinger fra sone Re

#### Gruppe 1:

- Hverdagsrehabilitering – økning – også på kvelden
- Ekstra tjenester – betaling
- Høyere forventninger til brukerne, at de tar mere ansvar selv.
- Eget team sammen med tjenestekontoret når brukere skal hjem fra sykehus for å avklare forventninger til brukeren
- Velferdsteknologi – Tjenestekontoret bør bli flinkere på å informere pasientene om ulike hjelpemidler innenfor velferdsteknologien. Blant annet evondos, trygghetsalarm etc.
- Øke med mer tverrfaglighet i møte med ny pasienter. Vernepleier, psykiater, ergo, fysio, ernæringsfysiolog.

### Gruppe 2:

- Velferdsteknologi (Evondos eller hente på apotek selv)
- Den eldre generasjonen som kommer er mer digitalisert.
- Hverdagsrehab tidligere inn
- Mer kompetanse på ulike – kreft, sår og lignende
- Flere hender
- Sette litt krav til bruker. Ikke få vedtak for tidlig. Egenmestring
- Sette krav til pårørende (Er ikke bare å forlange)
- Loven må være klar – iforhold til de som nå blir eldre. Har lettere for å klage og kreve.
- Tjenesten burde koste en liten egenandel og få fjernet gratis tannlege
- GPS på trygghetsalarm.
- Er de mobile må de bruke legekantor for evt sår
- "spyl og føn" dusj

### Gruppe 3:

- Velferdsteknologi (dørsensor, fallsensor, sengealarm osv.), kan redusere tilsyn
  - GPS
  - Medisindispenser
  - Medisinsk fjernoppfølging
  - Digitalt tilsyn
  - Bruke digitale hjelpemidler for å minne på eks. mat, medisiner, og som kan fortelle at bruker kan gå i dusjen
  - Vask som går opp og ned
  - Toalett som vasker og tørker
- At brukere som kan hente medisiner på apoteket faktisk henter på apoteket, og at ikke hj.spl. gjør dette
- Mobiltelefoner som ikke henger seg opp og som ikke stjeler tid
- Flere personer på jobb, og økt kompetanse
- Vi må redusere forventningsgapet, vi gir nok for mye trygging i dag enn det vi i tiden fremover kan gi. Brukere må stole på trygghetsalarm, og bruke den KUN til det den er ment for. Vi kan ikke trygge i dusj (eks. være i rom ved siden av, da bør trygghetsalarm brukes, tilsyn bør erstattes med trygghetsalarm).
  - Og at ulike tjenestetilbud eller instanser er mer samkjørte i hvilke forventninger som presenteres for brukere (at ikke KT eller sykehus eksempelvis gir inntrykk av at hj.spl. skal få mer hjelp enn nødvendig)
  - THO må samarbeide godt med de som skal levere tjenesten, tett samarbeid
- Viktig med hverdagsrehabilitering og opplæring og bruk av ulike hjelpemidler slik at brukerne kan mestre aktiviteter på egenhånd. Motivere slik at brukerne ikke blir værende når brukere egentlig er i stand til å mestre på egenhånd.
- At riktig tjenesteutfører blir satt inn i saken, slik at brukerne får tilbud fra rett tjeneste så tidlig som mulig

- Bedre bruk av ulike koordinatører
- Kanskje endre avtalen som gir gratis tannlege, det er flere som sier de bruker hjemmetjenesten for å få gratis tannlege (ordningen bør endres, men at dette heller bør gå på noe annet, og etter inntekt – for noen har ikke råd til tannlege)
- Bør hjemmetjenesten ha egenandel?

## Tilbakemeldinger fra sone Tolvsrød

### Gruppe 1:

- Klarere retningslinjer for hva som er hjemmesykepleie og ikke. Få vekk «tullebesøk».
- Omsorgssentere som er bygd opp som Olsrødsenteret x flere.
- Støttekontakter som er organisert som hjemmesykepleien med en ledelse. Mange uføretrygdede som kunne følt seg nyttige i en slik jobb.
- Satse mer på velferdsteknologi.
- Transporten må være mer fleksible i hentetider. Vanskelig for hjemmesykepleien å få alle klare til henting.
- Begrense størrelsen på sonene.
- Stille noe høyere krav til pårørende. Smøre en brødiskive til mor når du er innom, varme middag når de allikevel er der, ta av far strømpene når du kjører han hjem sent etc.

### Gruppe 2:

- Høyere grunnbemanning og ønsketurnus
- Kurs/videreutdanning innen f.eks psykiatri og palliasjon for å styrke kompetansen
- Styrke ambulerende psyk.team
- Tettere dialog med THO og hjemmetjenesten, egen ressursperson på hver sone som er bindeleddet mellom hjemmetjenesten og THO.
- Helsestasjon for eldre
- Enklere tverrfaglig samarbeid. Behov for bedre tilgjengelighet, samme dokumentasjonssystem.
- Flere muligheter for avlastning og korttidsopphold.
- Egen lege tilknyttet sonene, som gir avlastning for fastlegene og tettere samarbeid med hjemmetjenesten. Valgfritt for brukere.
- Mange eldre er redde og engstelige for å være hjemme, de som ønsker annen boform (plass på sykehjem) burde få mulighet til å bo et annet sted.
- Ikke ønskelig å redusere gratistjenester, det kan gå utover de med dårlig økonomi. Da må det finnes støtteordninger.
- Mer informasjon til brukere om ulike tilbud kommunen har. (ulike dagtilbud innen helse, for eksempel ulike treningstilbud).
- Aktivitetskoordinator
- Kreft- og demenskoordinator trengs styrkes

### Gruppe 3:

- Sile ut oppgaver som ikke hører innunder nødvendig helsehjelp, eksempelvis bytte batterier på beykey, vaske biler, skifte dekk o.l. Forslag: kan man ha egen tjeneste i kommunen som har bilansvar?
- Finne en måte og få psykiatrisk team under hver sone i hjemmesykepleien
- Øke økonomisk støtte fra kommunen til videreutdanning til alle
- Synliggjøre ulike frivillighetstilbud i kommunene
- Økt satsing på markedsføring i sosiale medier (da mange unge eldre i dag er aktive der).
- Avgjørelse om å avslutte tjenester kan ikke være like strengt som i dag, vi må kunne ha myndighet til å vurdere når behovet for helsehjelp ikke lenger er nødvendig. Dette fordi vi i dag har mange oppdrag hvor vi ikke gjør noe, kun ser på at brukere stiller seg. Eventuelt bør kriteriene for å få innvilget helsehjelp strammes inn.
- Integrere fagutvikling inn i turnus
- Egen korttidsavdeling for hjemmesykepleien. Dette for å avlaste ØHD, sykehjem, pårørende hjemme.
- ØKE GRUNNBEMANNING!

### Gruppe 4:

- Tydelige retningslinjer for hva hsp skal gjøre og at kl slett varierer, f.x informere om at hsp kommer mellom 8-11.30. Likhet/rettferdighet i tildeling av tjenester. THO bør dra mer hjem på besøk for kartlegging, ikke legge det over på hsp.
- Hsp bør ha mer myndighet til å vurdere og avslutte vedtak.
- Liten egenandel som ved praktisk bistand.
- Nok fagfolk på vaktene.
- Involvere pårørende mer, f.eks at de varmer middag når de er på besøk.
- Brukere kan dusje mens hjemmehjelpen er der.
- Øke hverdagsrehabilitering.
- Lettere å få legetilsyn hjem, event. under helsestasjon for eldre.
- Tverrfaglig team rundt pasienter, f x kreft, demens og sår.
- God grunnbemanning.
- Mer faglig kursing for personalet.
- Flere frivillige. Event. gi noe lønn.
- Bra turnus, ikke mer helgejobbing og gode lønnsbetingelser for rekruttering.
- Være på tilbudsia for å ha elever og studenter.
- Rekruttere menn.

## Tilbakemeldinger fra sone Træleborg

### Gruppe 1:

- Innsatsteam på hver sone. Bestående av f.eks spl, 2 hj.pl og etter behov ergo/fysio/kreftkoordinator/demenskoor.
  - Etter kartlegging flyttes til sin gruppe.
- Sonene har grupper/team rundt en pas. gruppe så det blir flere som kjenner brukerne.
- Rus/psykiatri –grupper. Pleierne få kurs.
- Kommunal internundervisning m/egen fagspl for alle soner. Digitalundervisning

- Øke den interkulturelle kompetansen både ift brukere og ansatte. Kan knyttes til AFS-kurs (utvekslingsorganisasjon)
- Øke IT-kompetansen til de ansatte. Få enklere digitale oppslagsverk ift bruken av dataprogram
- Aktiv bruk av velferdsteknologi
- Bedre samarbeid med sykehus/sykehjem
- Øke rekruttering – tettere samarbeid med utdanningsinstitusjoner.
- Høyere lønn
- Bedre muligheter for etterutdanning
- Helsestasjon for eldre. Gjerne i tilknytning til aktivitetssenter. Sårbehandling/injeksjoner/forebyggende behandling.
- Flere ansatte på aktivitetssenterene og lenger åpningstid og hver dag. Være utdannede aktivtører. Kanskje fysioterapeut for litt trening.
- Dagsenter med forskjellige grupper ift behov.
- Økt støttekontaktordning. Rekruttering fra utdanningsinst. (studenter). Bedre betalt ift kjøring osv

## Gruppe 2:

- Flere ansatte. Vi er allerede på grensen ift. Antall ansatte på antall brukere. Det er lite rom for uforutsette hendelser. Rekruttering?
- Bedre tid: Tid til oppfølging. Vi må ha tid til å kunne gjøre den faktiske jobben med alt det innebærer. Vi arbeider med mennesker som er uforutsigbare, en gitt ATA-tid tar ikke utgangspunkt i forverring av sykdom etc.
- Gjøre yrket mer attraktivt med høyere lønn
- Bedre ivaretagelse av ansatte for å forhindre sykemeldinger. Det skal være attraktivt å jobbe. Press på jobb, stress og ugunstige arbeidstider gir et høyere sykefravær.
- Kutte i unødvendige besøk- vekking, lete etter bankkort, vasking av rygg etc. Mye unødvendig telefon-samtaler som burde vært sluset ut.
- Det finnes ingen «øvre grense» for når man ikke kan bo hjemme lenger. Hjemmesykepleien har brukere som er minst like dårlige som sykehjemspasienter, men ressursene er ikke på plass til å skulle ivareta alle disse «sykehjemspasientene» hjemme. Antall sykehjemsplasser må økes, og terskelen for å kunne få plass må være lavere. Brukere som burde vært på sykehjem krever en enorm kapasitet i både tid og ressurser fra hjemmesykepleien.
- Hyppigere evalueringer av tjenestene.
- Strengere krav til vedtak som blir gitt fra tildelingskontoret. Opplever stadig vedtak som blir gitt, som burde vært forsøkt håndtert i samarbeid med ergo/fysio og eventuelle hjelpemidler. Bedre tverrfaglig samarbeid før tjenester og vedtak blir gitt.
- Mer målrettet pleie- med muligheter for rehabilitering.
- Bedre tilrettelegging av hjem, både for at brukere kan klare seg bedre selv, men også slik at hjem er tilrettelagt for de ansatte
- Bedre tverrfaglig samarbeid, vurderinger og beslutninger bør tas på tvers av instansene. Samarbeidet er ikke-fungerende. Eksempelvis: brukere blir sendt hjem fra sykehus- hj.spl får beskjed om at hjemmet er tilrettelagt og bruker klarer seg stort sett selv. Hj.spl opplever gang på gang at bruker er i behov for mer bistand en hva som er forestilt.
- Mer fokus på forebyggende arbeid.

- Ruste opp pårørende, slik at de føler seg trygge og ivaretatt til å kunne bistå med hjelp. Pårørendesenter?
- Ambulerende sykepleiegruppe/innsatsteam som bør kunne reise ut for å vurdere og kartlegge brukerens behov, og sette de opp mot rett instans/hjelp.
- IKT-systemer må fungere optimalt, mye tidsbruk som går til feil/mangler på dokumenteringssystemer etc.
- Økt bruk av hverdagsteknologi som er gjennomtenkt og overkommelig for både ansatte og brukere
- Økt fokus på frivillige
- Endre fokus på omsorgsboligene tilhørende hjemmesykepleien til såkalte «mestringsboliger». Fokus bør ligge på hva brukeren mestrer selv, ikke hva de kan få hjelp

### Gruppe 3:

- ØKT bemanning – mer tid til brukerne
- Tilrettelegge muligheter for velferdsteknologi til den kommende generasjoner. Den kommende generasjonen er mer teknologisk sofistikerte og er da mer mottakelig for teknologi.
- Mer synliggjøring hjelpemidler man kan få gjennom NAV
- Ta en betalt en liten sum for hjemmesykepleie tjenesten. Mange som kan klare ting selv, gjør det ikke fordi hj.tj er gratis og de får ting «servert på fat».
- La brukeren gjøre ting selv – hjelp til selvhjelp.
- Lage universale boliger, tilpasset folk med fedme, rullestolbrukere osv.
- Bedre lønnsbetingelser
- Helsepersonell vil ikke jobbe hver andre helg
- Arbeidstøy – sommer og vinterbekledning (sko og tøy)
- Gode sko til helsepersonell! Ikke alle har råd til det, og mange går i dårlige sko som ikke er bra for rygg og knær.
- Kompetanseheving – fagdag med forskjellige temaer for ansatte. F.eks. sårstell, diabetes, ernæring osv..
- Mer tid til pasienter. Helsepersonell bruker arbeidstiden sin på å levere og hente utstyr, sende bilder til vask, bytte batterier på elås osv.
- Ensomhet er ikke bare på dagen. Frivillige tiltak\aktiviteter som skjer på kvelden.
- Rullestolbrukere blir ekskludert fra fellesturer fra de ikke kan ha med den på minibussen, eller det ikke er nok bemanning.
- Ansvarliggjøring av pårørende. Legebesøk, bestilling av varer, matinnkjøp dette skal pårørende kunne bidra med.
- Brukere som trykker hippig på alarmer. Strenger regler for misbruk av dette. Hj.tj har mange unødvendige utkjøringer.
- Få ned sykefravær.
  - Det bør være tilbud til ansatte om psykolog
  - Det bør være tilbud til ansatte om fysioterapeut
- Arbeidslistene basert på områder, slik at man ikke kjører rundt overalt.
- Bedre parkeringsmuligheter for ansatte.
- Gratis parkering for hj.tj biler i hele kommunen

### Gruppe 4:

- Omsorgsbolig fast bemanning gir bedre oppfølging og mange brukere er sykere enn hjemmetjeneste kan sørge.
- Mer bruk av fastrulling

- Henting av medisiner - at pårørende blir mer involvert, eller at de lager avtale med apotek om fastlevering, mer privatmultidose.
- Tilrettelegging hjemme (ergoterapi, fysioterapi)
- Flinkere til å fa tak i hjelpemidler slik at de kan klare seg selv.
- Hjemmehjelpsoppgaver som nå utføres av hj.spl.
- Frisklivsenter – forebygger sykdom, kostholdsveiledning, trening.
- Enda større bruk for hverdagsrehabilitering.
- Klare tildelingslinjer for helsebehov, som ofte tildeles diffuse
- Sykepleiertjeneste som går på tvers av soner.
- Rekruttering, beholde folk, ikke jobbe mer enn 3.helg, evt åpne for jobb hver 4.helg med lang vakt.
- Mer støtte til arbeidstøy (sko, jakke, vinterbukse,etc)
- Ambulerende team og hj.spl. er ofte innom samme pasienter, A.T. har samtaler og hj.spl. gir medisiner.
- Ambulerende team bør kunne også dele medisiner samtidig når de har samtale.
- Det samme også med LAR team og hj.spl. LAR team burde ta full ansvar for pasienter, så slipper å bruke 2 helsetjeneste samtidig.
- Helsestasjon for eldre, avlaste fastlege.
- En fastlege som kan jobbe bare for hj.spl.
- Vi må bli flinkere til å evaluere en tjeneste hvis vi ser at hjelpebehov endrer seg.
- Økt bruk av besøkstjeneste (RØDE kors)
- Parkering i sentrum – bruker mye tid til å lete etter parkeringsplasser i dag

## Tilbakemeldinger fra sone natt

### Gruppe 1:

- Døgnbemannet ROP (rus og psykiatri tjeneste), og evt. Samarbeid med en psykiatribolig som er døgnbemannet.
- Eget palliasjonsteam med døgnbemanning
- Opptapping av Ergotjenesten
- Helsestasjon til eldre, kartlegging av helse og behov – tidlig innsats for forebygging fremfor behandling.
- Beholde nattjenesten som den er, men i egne lokaler, nattjenesten må økes i takt med behovet rustet for akutte oppdrag, ikke planlagte oppdrag (legging, stell, bleieskift, snuing etc.). Lokalene bør ligge i nærheten av legevakt, Kjelleparken, for tettere samarbeid. Hjemmetjenesten bør prioriteres i kommunikasjon med legevakt, vi venter ofte 1-3 timer på å få snakket med legevaktslegen fordi vi blir satt opp på en ringeliste.
- Mulighet for innleggelse på ØHD hele døgnet. Pr. nå brukes mye ressurser på oppfølging og tilsyn av pasienter som trenger døgnkontinuerlig omsorg, som dessverre blir syk kl.21.00 og ikke kl.20.00. Dette vil bidra til effektivisering av nattjenesten, da man nå blir bunnet opp for mye oppfølging og tilsyn.
- ØHD for rus og psykiatri pasienter
- Hva med delir, «vandrer» og demens pasienter? Pr. nå ingen tilpasset tilbud dersom de trenger akutt korttidsavlastning/døgnbemanning.
- Trygghetsalarm – kommunisere via amulletten. Dette gir bedret kommunikasjon og kan begrense antall «stillealarmer» - stillealarmer gir oppdrag på bakgrunn av at alarmsentralen ikke får kontakt med pasienten, ulike årsaker – dårlig hørsel. Ved tilsyn er det mange som bare har kommet borti amulletten og ikke trenger hjelp.
- Mer avansert og pålitelig dokumentasjonssystem – Cosdoc er ikke godt nok.

- «Sikret» kommunikasjonssystem mellom kollegaer, for å ivareta personvern.
- Hjelpemidler for «snuing» av pasienter. Nattjenesten får stadig oppdrag fra de forskjellige sonene om å snu pasienter x fler på natt, for kortere eller lengre perioder. Krever 2 personer.
- Mer avansert inkontinensutstyr. Nattjenesten skifter fast inkontinensutstyr hos enkelte pasienter.

### Gruppe 2:

- Viktig med klare ansvarslinjer i fht tildeling og avslutning/ begrensning av tjenester. Viktig at ikke utførende personell blir stående med ansvaret for å begrense tjenestene.
- Bedre dekning av psykiatri og rusbehov på natt. Eget team?
- Velfungerende ergo
- Rask tilgang til hjelpemidler.
- ØHD som er åpen for innleggelser på natt.
- Tilpassede nye mindre boenheter. Gjerne blandede aldersgrupper.
- Velferdsteknologi veldig viktig på natt.
- Vi mener det vil gi en dårligere nattjeneste dersom natten ikke lenger skal fungere som et team. Å spre nattjenesten ut over sonene vil verken bli billigere eller bedre fordi stordriftsfordelene og kompetansen ikke blir utnyttet.
- Helsestasjon for eldre høres som en god ide. I praksis ser vi at de eldre hjelpetrengende ofte er dårlige på kunnskap om egen helse.
- I fht fall og brann er det mye som mangler på kunnskap og tilrettelegging i fht forebygging.
- Lønnet lavterskel selskapspersoner, ungdommer, uføre.
- Tydelige retningslinjer for hva vi tilbyr. Sette grenser, gi riktig mengde tjenester etter behov.
- Flere demenskoordinatorer.
- Kreft team samarbeid med sykehuset. Besparende i fht pumper istedenfor injeksjoner osv. Færre innleggelser.
- Kvalitet på ledere er viktig.

### Gruppe 3:

- Dagvakter begynne å jobbe kl 07:00 pga dagsenter
- Øke åpningstiden i kantinen, dagsenter. Sosialt samvær øker livskvaliteten og ernæringen hos brukerne
- Bofelleskap til eldre
- Rus/psykisk helse må styrkes til alle døgnets tider. Flere med videreutdanning innen rus/psykiatri/alkoholdemens
- Eget psykiatriteam døgnbasert, som kan rykke hjem til pasientene på dag, kveld og natt
- Brukerne blir syke av effektiviseringen i kommunen, at ingen har «tid» til å se brukeren og endringer som skjer med personen. Mer tid trengs hos hver enkelt bruker.
- Øke kompetansen innen helse, flere folk på jobb
- Øke bemanningen på «gulvet»
- Flere akuttplaner, ØHD må styrkes hele døgnet og at vi kan legge inn brukere om natten ved uholdbar situasjon i hjemmet



- Legebil om natten
- Økt bemanning på legevakten (Lege)
- Helsestasjon for eldre er et godt tiltak, dette kan avlaste fastlegens jobb. Bekymrede eldre treffer likesinnede på venterommet
- Hjelpemidler må komme på plass raskere. Øke ergoterapitjenesten.
- Vi bor i et rikt land, og bør ikke bare basere hjelpen på frivillighet
- Samarbeid og samhandling med sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten må styrkes. Raskere og rette hjelpemidler tilgjengelig ved utskrivning til hjemmet
- Samarbeid med nattevaktene i Re
- Innvandrere, tolketjeneste tilgjengelig for oss på natten pga språkbarriere i fremtiden
- Dokumentasjon må vi ha god nok tid til. Viktig å skrive avvik ved feil og nestenfeil.

## Tilbakemeldinger fra sone Klokkeråsen

### Gruppe 1:

- Mer fokus på hverdagsrehabilitering
  - To lister?
  - Type kartleggingsliste for å kartlegge behov.
- Velferdsteknologi
  - Eget team for håndtering av avstandsoppfølging. Varsler og oppstart av nye brukere.  
Mer midler til sonene, ikke bare til utstyr og midler.
- Team
  - Fagutviklingssykepleier.
- Økt kompetanse
  - Heve kompetansen på de ansatte vi har
- Helsestasjon for eldre
  - Samtaler, sårstell, iv behandling
- Forventninger til pårørende
  - Skjema med forventninger til pårørende. Hva gjør pårørende og hva gjør hj.spl
  - Mer samarbeid med sykehjem og sykehus.
- Portørtjeneste
  - Henting og levering av utstyr og biler. Tester på sykehuset. Personen kan også ha ansvar for bilene?
- Egen lege, allmennlege til brukerne
- Palliativt team, (kommunalt).
- Et tverrfaglig samarbeidsmøte mellom ambulerende team, hjemmespl, praktisk bistand med tanke på informasjonsflyt hver 2/3 uke.
- Fagutviklingssykepleier

### Gruppe 2:

- Egenmestrings team: Mye hjelp med en gang, så nedtrapping. Jobbe med ressurser. Hverdagsmestring. Alt bør prøves ut før vedtak for videre hjelp.
- Hjelpemidler som er egnet for selvbruk/ selvbetjening. Klare seg mest mulig selv. Først hjelpemidler så videre oppfølging om nødvendig.
- Mer fokus på info til pårørende. Digital opplæring, hva er viktig for ens egenmestring. Forventinger til familie/pårørende, hva de skal, og ikke skal.
- Øke årsverk på kreft og demensteam. Eget psyk team for eldre/hjemmeboende. Fastlegeordning, 1 lege på 2 soner. Ambulerende tannhelseteam.
- Digital opplæring til eldre/ hjemmeboende.
- Reduksjon av gratis tjenester, kontorarbeid spes sykepleiere jobber «gratis» ved å svare på alle E-meldinger.
- Rehabilitering, flere team med fokus på bemanning. PT. Kompetanse.
- Fysisk og psykisk trening/aktiviteter for fremtidens eldre. Flere aldersgrupper sammen. Planlegging av god aktiviteter som fremmer helse og mestring.
- Flere typer dagsenter/avdelinger. Fleksibilitet. Dagsenter, 12-16 og helger. Kl 8 er for tidlig.
- Arbeidstid vtp på brukers behov. Fremtidens eldre legger seg senere. Fleksibel turnus.
- For eks: en ekstra per vakt i tilfelle sykdom. Eller jobbe 18-00 for å overlape kveld og natt. Eller overlape dag og kveld 12-18 og natt og dag 00-06.
- Ordning av utdanning av assistenter, egne stillinger for å nå timene for å ta fagbrev.
- Flere lærlingsplasser med bedre lønn for å få utdanning. Rekruttering og beholde. Bedre ordninger, bedre goder (eks: kaffe, gave til høytider og ved jubileum)
- Forventinger blir høyere for brukere og ansatte.
- Bruk av mere frivillighet. Og info for hva de bistår med. Bedre samarbeid med frivilligheten og kommunen.
- Arbeid med BRP og dokumentasjon. Dette for kvalitetssikring. Mye slurv pga veldig lite tid. Eks en ekstra person per dag for evt sykdom, eller som kan jobbe med dokumentasjon som ligger på etterskudd.

### Gruppe 3:

- Få spider til å bli effektivisert og få et mer effektivt kjøremønster. Tilrettelegge enda bedre for at primærkontakt får sine brukere på listen. Legge inn kjøretid i listens atid.
- Økt samarbeid med hjemmehjelpen. Med tanke på for eksempel planlegging av klesvask/tørk.
- Økt bemanning/rekruttering. Øke motivasjonen fra tidlig av, for eksempel praksis tidligere før valg av utdanning. Øke antall studieplasser.
- Samarbeid med frivilligheten. For eksempel Innvilge at hjemmetjenesten får kontakte frivillighet på veiene av bruker, feks. Ved kjøre til legen.
- Legene må være flinkere til å sile ut de som ikke trenger nødvendig hjelp.
- Sonestruktur. I forhold til kjøreavstander.
- Psykiatrisk team, demensteam, Kreft og palliativt team, sårteam i alle soner.
- Lege. Økt behov for rask kontakt med lege. Evt egen lege tilknyttet hjemmetjenesten.
- Tilgang til kamera på alle jobbtelefoner.
- Være flinkere til å evaluere tjeneste.
- Øke opplæring på selvhjelpemidler. For eksempel når bruker selv kan ta blodtrykk, spo2, puls, osv. men det krever god opplæring så bruker er trygg.

- Trenger en vernepleier på alle soner

#### Gruppe 4:

- Portørtjeneste/bilansvarlig. Biler, hente/bringe, levere osv.
- Lege knyttet til [hj.tj.](#), slik sykehjem har egen lege. F.eks ansvar for to soner. Gjelder bare brukere med [hj.tj.](#) over lang tid
- Medisinrom: Sparer mye tid her om sonen har egen lege. Direkte hjemlevering av MD. Om [hj.tj.](#) har egen lege som sørger for oppdatert MD. Hentes inn bare ved endringer.
- Godt dekket tverrfaglighet på hver enkelt sone, letter kommunikasjon angående felles brukere.
- Kommunalt pall. Team
- Tilrettelegge, godt tilbud for videreutdanning og kursing
- Dagsenter for alle som trenger det
- 325 helgetimer/langvakter gir dårlig rekruttering
- Velferdsteknologi, satsingsområde. God opplæring/kursing. Investere i bra utstyr/god kvalitet. Ikke være gnien i forhold til hvilken programvare vi velger.
- Samle leveringstjenester. F.eks apotek, bandasjist, beh.hj.midler
- Felles plattform for alle tjenester. I dag har vi kjernejournal, fører til merarbeid. Informasjonsdeling mellom fastlege, sykehus, andre tjenester. Sikre tilganger etter kompetanse
- Pårørende mer inn i bildet. Ansvar for bestille utstyr, hente levere hjelpemidler osv....
- Klare avtaler på hva bruker kan forvente av hjemmetjenesten, og hva de har ansvar for selv
- Tilrettelegge hjem etter behov
- Mattjenester, levering av varmmat
- Frivillighet bedre satt i system og mer bruk av dette
- Økt grunnbemanning i forhold til behov.

#### Gruppe 5:

- Lege ansatt i hjemmetjenestene. Stort behov. Sårbart slik det er nå. Fastleger for utilgjengelige for brukere i hj.tj som har utfordringer med å komme seg til legen.
- Ressurspersoner mer tid til å jobbe med sitt fagområde/pasientgruppe, Rett person på rett sted. Mer tid til oppfølging. Kontinuitet. Team kan jobbe på tvers av soner. Demens, kreft, sår
- Avskaff SPIDER!!!!
- Portør, som henter/leverer medisiner, leverer biler, utstyr etc
- Økt tid til samtale/oppfølging pårørende.
- Skikkelig fottøy til ansatte, dekket av arb.giver.
- Tolketjeneste- ansatte som kan ulikt språk for å møte utfordringer ift brukere med annet språk i fremtiden.
- Egenandel for hj.tj.
- Strengere kriterier for å få innvilget hj.tj.
- Utkjøring av skikkelig mat organisert av kommunen. Bedre ernæringsstatus hos brukere. Forebyggende.

- Kompetanseheving/videreutdanning: Økt lønnsøkning ift hva som er i dag, etter å ha tatt videreutdanning, bør gjøres mer attraktivt/legges til rette/rekruttere til å ta videreutdanning,
- En ansatt på med.rom fast hver dag, med.rom team. man-fre
- Øke grunnbemanning,
- Utvide fysio og ergotjenesten i hj.tj. Få ned ventelister på henvendelser
- Forebyggende hjemmebesøk til alle ved 75 år, sjekklister ift tilrettelagt bolig, ønsker og planer for fremtiden, fokus på forebyggende og helsefremmende tiltak. Tidlig tilrettelegging av alderdommen.
- Behov for kommunalt pall.team med lege, kreftspl, pall.spl. Særlig behov nå som sykehuset sitt ambulerende team ikke er ambulerende lengre.
- Økt satsning på velferdsteknologi. Eget team som kun jobber med det i hver sone?
- Økt satsning på digital hjemmeoppfølging. En plan for implementering i alle soner. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand.
- Alarm/utrykningsliste- en ansatt på hver vakt har en fleksibel liste. Kan ta alarmer, akutte hendelser, fall etc. Som f.eks har en liste med litt fleksible besøk. Ikke krever helt konkrete tidspunkter og dermed ikke sårbart om de må forskyves. F.eks strømpeoppdrag etc,
- Økt fokus på hjelp til selvhjelp, øyedråper, strømpepåtrekker etc
- Programvare som fungerer på mobiltelefonene, oppdaterte verktøy. Bedre funksjon på programvaren, må ha flere muligheter i Cosdoc +, bildefunksjon-inn i journal, kunne se ID-nr, kunne legge inn prøver/undersøkelser, lese PLO-mld, skrive PLO-mld, sjekklister ift IPLOS, brannkartl, HPF etc
- Økt bilkapasitet. Stadig mangel på bil. Enten pga noe feil med bil, økt antall lister, etc.
  - Tjenesten kan ikke regne med/belagte seg på at ansatte skal kjøre privatbil i arb.tiden.
- Økt tid til dokumentasjon. Betydelig økte krav til dokumentasjon.
- Komm.direktør, stab, ledere, bli med ut i feltet på vakter. Observere hvordan dagene for ansatte er med egne øyne.
- Satse på kompetanseutvikling. Plan ift å rekruttere ansatte til å ta videreutdanning det er behov for i de ulike sonene. Kartlegge behov. Ha en plan.
- Fagdager
- Økt fokus på samhandling med fastlege, spes.helstj, annet
- Helsestasjon for eldre: Viktig forebyggende lavterskel tilbud til eldre
- Flere koordinator stillinger kreft, palliasjon, demens, psykiatri, parkinson?, etc
- Utvide hverdagsrehab. Hv.rehab og velferdsteknologi.
- AKS stasjonert i hver sone. Samarbeide på tvers av sonene
- Kommunalt ambulerende blodprøveteam, med bioingeniører. Stor behov!!! Mange, særlig eldre, tar for sjelden bl.prøver. Avvik fanges ikke opp tidlig, sykdom og medisinerer blir ikke godt nok monitorert pga mangel på oppfølging av bl.prøver. Her er det et stort potensiale for å kunne jobbe mer forebyggende, unngå forverring av sykdom, innleggelser etc.
- Sleng gjerne på, god tilgang på oppdatert fagstoff. Behov for NEL- norsk elektronisk legehåndbok på listen over forslag til opptrappingsplanen.
- Verktøy utviklet for å hjelpe helsepersonell i en travel hverdag. VAR dekker ikke alt. Den er mer prosedyrerettet. NEL er mer rettet mot klinikk, sykdommer, legemidler, laboratoriemedisin, men har også prosedyrer, og sykepleie kapitler.
- Det er behov for avsatt tid for velferdsteknologi

## Tilbakemeldinger fra sone Solvang

### Gruppe 1:

- Bedre og tettere samarbeid på tvers av kompetanse
- Raskere og smartere teknologi. Som faktisk fungerer.
- Sunnere og bedre kosthold for brukere, slik at de får i seg næringsrik mat.
- Bedre dagtilbud, flere folk på dagsenter. Slik at de får stimulert det sosiale behovet og fysisk aktivitet
- Mer kompetanseheving av personalet. Dekke videreutdanning.
- Stabilt personal
- Flere hele stillinger
- Bedre samarbeid med pårørende
- Ta egenandel for hjemmetjenester. Da vil flere takke nei og klare seg selv.
- Mye ensomhet. Brukere gjør seg dårligere enn de er for å få tjenesten.
- Mere frivillighet.

### Gruppe 2:

- Flere ansatte, bedre ATA tid til bruker
- Bedre informasjon om hva hjemmesykepleien tilbyr og hva de kan forvente av dem (gode brosjyre opplysninger)
- Mindre soner
- Per dags dato bruker mye tid på dokumentasjon for eks. strukturert oppfølging etter 3 dager, 2 uker, 6 uker, TA sjekk. Brannsikringssjekk, iplos, MUST osv.
- CosDoc – mulig å skrive alt på telefon eks. lab, laste bilde av sår. Integrere BEKEY i cosdoc, vurdere gerica som nytt dokumentasjonsprogram
- Mye ekstra arbeid utenom hjemmesykepleieoppgaver for eks. skifte dekk, skifte lyspære, måke trapper for snø, skifte batteri på røykvarsler osv.
- Oppdatert/nye verktøy for hjemmesykepleien, for eks. telefoner, datamaskiner osv.

### Gruppe 3:

- Økt kompetanse hos pårørende – høyere involvering fra pårørende
- Kompetanseheving av elektronikk hos eldre med tanke på hjelpemidler og data
- Øke kompetanse blant de ansatte når de gjelder medisinskteknisk utstyr for å kunne møte samhandlingsreformens retningslinjer
- Psykiatrikoordinator på lik linje med demenskoordinator og kreftkoordinator
- Bedre arbeidsverktøy for dokumentasjon – flere funksjoner i digitale EPJ-apper i.e. CosDoc+
- Helsestasjon for eldre
- Øke dagtilbudene i kommunen for å opplyse befolkningen om disse mulighetene ved å inkludere f.eks fastleger, innbyggere og spesialisthelsetjenesten
- Påkrevde fagdager for ansatte fra kommunens side med lønn
- Se på rollefordeling i forhold til arbeidsoppgaver – hva kan en sykepleier gjøre for å avlaste legen? Hva kan en helsefagarbeider gjøre for å avlaste sykepleiere? Og hvordan kan vi øke kompetansen hos disse? Bør vi se på om assistenter skal dekke større arbeidsoppgaver innenfor det som er forsvarlig?
- Hverdagsmestring og rehabilitering
- Bedre samarbeid på tvers av institusjoner for å kunne imøtekomme den multimorbide
- Utvidede åpningstider for hjelpemiddelsentralen – for tilgjengeliggjøring av hjelpemidler til befolkningen. Hjemmesykepleien henter/leverer mye på korttidslageret, når egentlig pårørende kan ansvarligjøres for dette. Pårørende har ofte ressurser til å kunne bidra.

- Bør hjelpemidler som f.eks strømpepåtreakkere, øyedråpehjelpemidler og andre små hjelpemidler ha en egenandel for å lette trykket på antall strømper som «dras på» og øyer som dryppes?
- Bør tannlegetjenesten ha en egenandel, fremfor gratis? Bør en øke den tiden man er påkrevd å ha helsetjenester fra kommunen for å få gratis tannlege? Og bør det være et krav til *hva* vedtaket inneholder for å få denne tjenesten
- Kan Carpe Diem være aktuelt i Tønsberg også?
- Fortjener innbyggeren en forklaring på hvordan helsetjenester i kommunen er bygd og hva de kan forvente hva «vi» forventer? Øke denne informasjonen.
- Rekruttering av ansatte for å kunne imøtekomme eldrebølgen-dette må gjøres på en slik måte at det er attraktivt.

#### Gruppe 4:

- Et bærbart og lett håndterbart dokumentasjonsverktøy hvor alt av dokumentasjon og kommunikasjon kan foregå i bruker sitt hjem under for eksempel en kartleggingssamtale.
- Høyere fokus på velferdsteknologi for å spare ressurser og tid.
- Tilrettelagte lokaler for å kunne utføre enhver arbeidsoppgave; eksempelvis stillerom, møtelokale
- Bedre ventilasjon på blant annet medisinrom. Det er ikke lov til å ha vindu på medisinrom, derfor må ventilasjon forbedres.
- Biler som egner seg på vinterføre. På vår sone må vi avlyse besøk hos de som bor ugunstig til på dager med glatt føre.
- Egen telefon som følger bilen, telefonsamtaler må automatisk koples mot bluetooth på gjeldende bil.
- Spesialkompetanse på flere felt. Flere spesialsykepleiere.
- Fagutviklingssykepleier på enhver sone.
- Øke generell bemanning. Eksempelvis bør ikke sykepleiere stå alene i situasjoner hvor man trekker opp morfin uten kontroll av en annen sykepleier.
- Bedre ergonomisk tilrettelagt bolig for å lette vår arbeidshverdag og unngå sykemeldinger.
- Mer velfungerende ambulant team (helse og mestring) som kan gi medisiner og følge opp psykisk syke brukere
- Bedre samarbeid på tvers av tverrfaglige grupper
- Sikre at hver enkelt ansatt har sin egen akuttbag/sekk med nødvendig utstyr (blodtryksapparat, sårutstyr mm.)
- Kompetanseheving helsefagarbeidere og assistenter
- Ansatte bør få dekt blant annet vintersko, joggesko osv. for å slippe å måtte dekke disse utgiftene selv.