

# **REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 04-12-2012**

**Møtedato** Tirsdag d. 04. december 2012 kl. 14:00

**Møtested** Rådhuset

## **Indholdsfortegnelse**

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. november til godkjenning.....	3
Høringsuttalelse - Pasient- og brukerrettighetsloven - Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i	5
Anbefalinger fra 1. prosjektperiode - Lokalmedisinske tjenester, Knutepunkt Sørlandet.....	11
Orientering om fagnettverk i sykehjem og hjemmetjenester.....	17

## **Punkt 62/12: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. november til godkjenning**

### **Bilag**

6. 11.12 hs protokoll



Dato: 26. november 2012  
Saksnr.: 201201676-35  
Arkivkode E: 033  
Saksbehandler: Carol Reinertsen

**Saksgang**  
Helse- og sosialstyret

**Møtedato**  
04.12.2012

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. november til godkjenning

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. november 2012 godkjennes.

Tor S. Utsogn  
leder

Carol Reinertsen  
hovedutvalgsekretær

Trykte vedlegg: helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. november 2012

# **Punkt 63/12: Høringsuttalelse - Pasient- og brukerrettighetsloven - Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten og oppheving av avviklingsloven**

## **Bilag**

Saksprotokoll

Høringsnotat

høring fra Kristiansand kommune

høringsbrev

uttalelser: Rådet for funksjonshemmede og Eldrerådet



Dato: 30.10.2012  
Saksnr.: 201210218-3  
Arkivkode E: F0 &13  
Saksbehandler: Tor Ø. Kydland

### **Saksgang**

Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

### **Møtedato**

04.12.2012  
05.12.2012

## Høringsuttalelse - Pasient- og brukerrettighetsloven - Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten og oppheving av avviklingsloven

### Sammendrag:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag til lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

*Høringen omfatter regelendringer knyttet til: " Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi helse- og omsorgstjenesten og oppheving av avviklingsloven"*

- Det foreslås en særlig lovhjemmel som gir helse- og omsorgstjenesten adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenester til myndige pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse.
- Departementet foreslår også å oppheve midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede.

Slik Kristiansand kommune vurderer det er det nødvendig å foreta de foreslåtte presiseringene i regelverket for å tydeliggjøre hvilke muligheter som ligger i positiv bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi. Videre vil en tydeliggjøring av rammene for regelverket bidra til å trygge både brukere/pasienter, pårørende og hjelpeapparatet i forhold til å utnytte disse mulighetene. De foreslåtte reglene er formet slik at det etter vår vurdering sikrer en sunn og åpen utvikling når det gjelder den fremtidige implementeringen av teknologi i helse- og omsorgstjenestene. Dette vil først og fremst gjenspeile seg i store kvalitative utviklingsmuligheter.

Når det gjelder forslaget om opphevelse av midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede, så gjøres dette fordi dette regelverket er utdatert og uaktuelt. Dette forslaget omtales ikke i det videre.

Forslag til vedtak:

Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse knyttet til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten og oppheving av avviklingsloven

Tor Sommerseth  
Rådmann

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3.10.2012  
Utkast til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune datert 26.11.2012  
Uttalelser til høringsbrevet fra Rådet for funksjonshemmede  
Uttalelser til høringsbrevet fra Eldrerådet

Bakgrunn for saken:

### **Generelle betraktninger:**

Kristiansand kommune har konsentrert seg om forslagene til lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget om oppheving av midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede, støttes av Kristiansand kommune, og blir ikke ytterligere kommentert i denne høringsuttalelsen.

Kristiansand kommune er i hovedsak positive til forslaget til lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Ettersom det har vært uklarheter i forhold praktiseringen av varslings- og lokaliseringsteknologi innen helse- og omsorgstjenesten, ser man det som positivt med en tydeliggjøring av lovverket.

Kristiansand kommune sier seg enig i at velferdsteknologi kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse og mobilitet for pasienter og brukere. Satsing på velferdsteknologiske tiltak kan gi pasienter og brukere bedre muligheter til selvstendighet, trygghet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Dette kan føre til økt livskvalitet og legge til rette for brukernes ønske og mulighet for å bo hjemme lengre. Teknologien kan også bidra til å utnytte ressursene bedre i møte med fremtidens omsorgsutfordringer. Presiseringene som foreslås fra departementet fremstår som harmonisert med regelverket som gjelder for personvern (personvernlovgivningen) og registrering av helseopplysninger (helseregisterlovgivningen). Det foreslås ingen lovmessige endringer knyttet til dette, slik at forslaget etter vår mening ikke innehar komplikasjoner knyttet til dette.

### **Teknologinøytral:**

Helse – og omsorgsdepartementet foreslår en generell hjemmel som er så teknologinøytral som mulig, slik at den omfatter også nye teknologiske hjelpemidler som kan brukes for å varsle eller lokalisere. Dette er hensiktsmessig, da det tar opp i seg den teknologiske utviklingen på området. I høringsnotat presiseres det at «*Behandlingen av personopplysninger som genereres fra varslings- og lokaliseringsteknologi vil falle innenfor personopplysningslovens virkeområde, og helseregisterloven kommer ikke til anvendelse*». Dette presiserer at den foreslåtte lovendringen ikke innebærer noen endring ift muligheten til å anvende teknologi som overfører medisinske opplysninger om pasient/bruker. Høringsnotatet fokuserer mye på sporingsteknologi (i dag GPS), men fremtidens behov for medisinsk teknologi i hjemmet vil også omfatte «medisinsk overvåkning». Hjemmemonitorering vil kunne inneholde langt mer sensitiv informasjon enn f. eks posisjonsdata (ikke-sensitiv informasjon) fra et sporingssystem. Innhenting av medisinske data vil også kreve en sikrere og mer kompleks teknologisk løsning. Ikke-sensitive data kan transporteres på en rimeligere IT-infrastruktur, mens helseopplysninger må sikres iht helseregisterloven. Dessuten vil denne typen alarmer trolig også sette større krav til «oppetid» og pålitelighet i løsningene. Her bør det etter vår mening igangsettes arbeid for å definere nasjonale åpne standarder.

### **Presumert samtykke:**

Helse – og omsorgsdepartementet peker på at det skal innhentes informasjon fra brukerens eller pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket, der dette er mulig. Kristiansand kommune vil her foreslå muligheten for å ta i bruk en type «donor-kort», der vedkommende (før spørsmålet aktualiseres) kan tilkjenne sine holdninger til bruk av bla varslings- og lokaliseringsteknologi. Et slikt «kort» ville eventuelt kunne være en god støtte til vurderingen av hva vedkommende ville ha ønsket. En annen mulighet kan være å journalføre borgerens egen vurdering av eventuell fremtidig bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi inn i den kommende nasjonale kjernejournal.

## **Frihet fra helsehjelp og frihet til bevegelse:**

Ny teknologi kan legge til rette for å redusere inngripen fra det offentlige. Dette nevnes ofte som en fare, idet en ser for seg en kaldere og mindre personlig tjeneste. I denne forbindelse bør det pekes på at pårørende eller pasienter selv kan ønske minst mulig helsepersonell inn i hjemmet, og heller foretrekke eventuelt varslingsteknologi eller bruk av GPS for å opprettholde trygghet og nødvendig sikkerhet. Personers ønske om og behov for å leve fritt, selvstendig og uavhengig bør tillegges stor vekt. Ny teknologi muliggjør i slike situasjoner mindre involvering av personell og økt selvstendighet/uavhengighet.

## **Unntaksbestemmelse:**

Departementet er usikre på hvor stort behov det vil være for en unntaksbestemmelse som kan hjemle bruk av lokaliseringsteknologi når pasient eller bruker uten samtykkekompetanse og som motsetter seg dette.

Kristiansand kommune mener at det er et behov for en slik unntaksbestemmelse. Som høringsnotatet beskriver, er motstand et vanskelig avgrenskingskriterium overfor personer med kognitiv svikt. En person med kognitiv svikt kan kanskje motsette seg, fordi vedkommende ikke forstår konsekvensene av å ta, eller ikke ta lokaliseringsteknologien i bruk. En pasient eller bruker vil kanskje ut på tur, men nekter å ta i bruk lokaliseringsteknologi. Alternativet vil da enten være at personell må følge på turen (overvåkning) eller at vedkommende må holdes tilbake på institusjon. Som departementet skriver i høringen, vil bruk av lokaliseringsteknologi i slike tilfeller være et mindre inngripende tiltak enn tilbakeholdelse. Vi mener derfor at det bør være lovhjemmel til å ta lokaliseringsteknologi i bruk, selv om vedkommende motsetter seg det. En forutsetning er selvsagt at personens sikkerhet ivaretas. Samtidig er det viktig å ta hensyn til om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket (presumert samtykke).

## **Økonomiske og administrative konsekvenser:**

En lovendring vil med stor sannsynlighet føre til økt etterspørsel. Hittil har svaret fra kommune-helsetjenesten vært at «*det er ikke lov for kommunen*». Dersom lovforslaget blir vedtatt, må kommunehelsetjenesten planlegge ordninger, organisering og ressurser til ivaretagelse av: vedtak, innkjøp, vedlikehold, service, mottak, utrykking og beredskap angående varslings- og ikke minst lokaliseringsteknologi. En lovendring som foreslått vil også føre til økt behov for kompetanse hos kommunehelsetjenesten i forhold til teknologi. Det er svært viktig for kommunene å få avklart finansieringsmodeller rundt bruk av ny teknologi. Det forventes at denne utfordringen på en slik måte at kommunene kompenseres for de reelle utgiftene knyttet til forventet praktisering av lovendringen.

- 1. Hva forventes det at pasientene og brukerne selv skal bekoste og installere i eget hjem?*
- 2. Hva vil kommunene måtte påregne av ansvar og kostnader for teknologi installasjon og alarmsystemer?*
- 3. Hva skal NAV/ hjelpemiddelsentralene i fremtiden ha ansvar for?*
- 4. Hva er det aktuelt å utplassere i hjemmene av medisinsk måle- og behandlingsutstyr som i dag ivaretas av avdelingene for behandlingshjelpemidler ved sykehusene på vegne av NAV?*

Slik Kristiansand kommune ser det vil de økonomiske konsekvensene av økt bruk av varslings- og sporingsteknologi ikke begrense seg til ressurser knyttet til vedtak og eventuell klagebehandling, men også utgifter knyttet til nødvendig utstyr og oppfølging av tiltakene.

**Konklusjon:**

Kristiansand kommune stiller seg positivt til lovendringsforslaget slik det foreligger.

Kristiansand har i denne høringsuttalelsen pekt på naturlige muligheter som følge av den tekniske utviklingen, og at dette i det alt vesentlige vil gi klarere rammer for bruken av teknologi. Personvernlovgivningen, som har tilstøtende betydning, vil etter vår mening være velegnet til å begrense mulighetene for misbruk av eventuelle innhentede opplysninger. I tillegg til dette stiller Kristiansand kommune spørsmål med forslaget av avgrensning mot elektronisk innhenting av medisinske/sensitive opplysninger. Denne avgrensningen kan vise seg å legge hindringer i veien for positiv medisinsk overvåking, som kunne gi brukerne enda større muligheter for å leve friere liv i egen bolig, enn det det legges opp til ved de foreslåtte endringene.

# **Punkt 64/12: Anbefalinger fra 1. prosjektperiode - Lokalmedisinske tjenester, Knutepunkt Sørlandet**

## **Bilag**

Rapport lokalmedtjenester prosjektperiode 1



Dato: 20. november 2012  
Saksnr.: 201211812-1  
Arkivkode E: 065  
Saksbehandler: Grete Dagsvik

### **Saksgang**

Helse- og sosialstyret

### **Møtedato**

04.12.2012

## **Anbefalinger fra 1. prosjektperiode - Lokalmedisinske tjenester, Knutepunkt Sørlandet**

Knutepunkt Sørlandets kommuner med Kristiansand kommune som prosjekteier har etablert et samarbeidsprosjekt om utvikling av modell for lokalmedisinske tjenester. Sørlandet sykehus HF er også en part i prosjektet. Alle de 7 kommunene, sykehuset, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner har vært representert i prosjektet.

Prosjektet er etablert på tilskudd fra Helsedirektoratet, og får midler over en tre- års periode. Første prosjektperiode hadde til hensikt å ta utgangspunkt i mulighetene i de kommunale korttidsplassene som modell for lokalmedisinske tjenester. Prosjektet har vurdert dette i et pasientforløpsperspektiv og kommet med anbefalinger tilknyttet følgende områder:

- Strukturelle forhold tilknyttet korttidsplassene
- Innhold og ideologi på korttidsplassene
- Korttidsplassene i et pasientforløpsperspektiv
- Særlige kompetansebehov

Det anbefales at det legges opp til en økning av antallet korttidsplasser opp mot den totale mengden institusjonsplasser, og at kommunene legger vekt på fleksible vedtak som kan tilpasses individuelle behov. Kommunene må øke rehabiliteringsfokus tilknyttet alle korttidsplassene, og sikre ressurser som gjør den tverrfaglige tilnærmingen på korttidsplassene mulig. Pasientforløpsanalyser tilknyttet de store somatiske diagnosegruppene viser at det vil være hensiktsmessig å etablere tilbud tidligere i pasientforløpet for å sikre tidlig intervensjon og mulighet for å bremse sykdomsforløp og forebygge funksjonsfall. For å få til fokusendringen vil det være nødvendig med en kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren tilknyttet særlig forebygging og rehabilitering, som er i tråd med anbefalingene i den kommunale helsefremmingsplanen som er sendt på høring.

Arbeidet med prosjektet har også hatt som målsetting å sikre at kommunene skulle være mer forberedt til å innføre endringene som følge av samhandlingsreformen. I prosjektets første periode har Samhandlingsreformen trådt i kraft, derav også utarbeiding av delavtaler. Prosjektet har særlig fulgt delavtalene som har hatt direkte innvirkning på brukerrettet samhandling mellom tjenestenivå. Konsekvensene av delavtale 5, retningslinjer om utskrivningsklare pasienter er svært sentral for korttidsplassene med hensyn til hvordan korttidsplassene benyttes, hvilke brukergrupper som skal nyttiggjøre seg av korttidsplassene og hvilket kompetansebehov man har hos ansatte tilknyttet korttidsplassene.

Prosjektet vil bli videreført ut 2013 med tilskudd fra Helsedirektoratet. Prosjektperiode 2 er i gang, og har hovedfokus på pasient- og pårørendeopplæring i et interkommunalt samarbeid. Siste prosjektperiode vil innebefatte kompetansearbeid tilknyttet korttids plassene, videreføring av opplæringstilbud for brukere i kols og diabetes type 2, samt utredning av poliklinisk virksomhet i hjemmetjenestene. Det vil i 2013 også gjennomføres en oppsummering og rapportering av prosjektet totalt sett.

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret tar saken til orientering.

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:  
Prosjektrapport, Lokalmedisinske tjenester, prosjektperiode 1

Utrykte vedlegg:  
St.Meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen  
Meld.St.16 Nasjonal helse og omsorgsplan  
<http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/lokalmedisinske-tjenester/Sider/default.aspx>  
<http://knutepunktsorlandet.no/artikkel.aspx?AId=941&back=1&MId1=59&MId2=233>

## Bakgrunn for saken

Knutepunkt Sørlandets kommuner samarbeidet i 2010 om en søknad på Helsedirektoratets tilskuddsmidler kap 761, post 21. Hensikten med kommunesamarbeidet var å etablere et prosjekt «Utvikling av modell for lokalmedisinsk senter». Modellen skulle utvikles i ett samarbeid mellom Sørlandet sykehus HF kommunene i Knutepunkt Sørlandet. Kristiansand kommune var prosjektansvarlig.

«Ett av de prioriterte samarbeidsområdene mellom Knutepunkt Sørlandet kommuner er samarbeid om korttidsplasser. Felles interesse er den totale helsegevinsten som oppnås ved målrettede samhandlingstiltak. Det ønskede resultatet av samarbeidet er løsninger som reduserer uheldige pasientforløp, å oppnå større grad av selvhjulpenhet for brukerne og den samfunnsøkonomiske gevinsten det medfører. Pasientene skal oppleve en sammenhengende tjeneste fra "hjem til hjem".» Søknad til Helsedirektoratet datert 05.05.2010

Samhandlingsreformen skisserer etablering av lokalmedisinske sentre som en av mulige løsninger på kommunens framtidige rolle i helsevesenet. Reformen nevner utvikling av tjenester innen døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, etablering av ambulante team og rehabilitering og habilitering i kommunal sektor som tjenester som bør vurderes for lokalmedisinske sentre. Det henvises til at et av suksesskriteriene er samlokalisering av de aktuelle tjenestene.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan beskrives lokalmedisinske tjenester slik:

- «tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester, basert på sammenhengende pasientforløp
- legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon.
- Inkluderer rehabilitering og lærings- og mestringstilbud,
- Legger vekt på tverrfaglig tilnærming,
- Inkluderer habiliterings- og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til personer med kroniske lidelser og tjenester til personer med kognitiv svikt.»

I løpet av prosjektperioden har Helsedirektoratet på sine sider oppdatert og endret informasjon om utviklingen av lokalmedisinske sentra i kommunene, og har endret begrepet til «Lokalmedisinske tjenester» som følge av utviklingen av funksjonen i kommunene. De lokalmedisinske tjenestene utvikler seg forskjellig fra kommune til kommune.

## Prosjektorganisering

Styringsgruppen for prosjektet er Helse, sosial, og omsorgsnettverket i Knutepunkt Sørlandet og fagdirektør ved Sørlandet Sykehus.

Ved iverksetting av prosjektet ble det etablert en prosjektgruppe satt sammen av representanter fra de 7 knutepunktkommunene, representanter fra Sørlandet Sykehus, brukerrepresentanter og tillitsvalgte.

På grunn av størrelsen på prosjektgruppen har denne mest egnet seg til å diskutere overordnede temaer, mens det har blitt satt ned delprosjekter med egne arbeidsgrupper i forhold til sentrale områder knyttet til pasientforløp, diagnosegrupper og kompetanse.

## Innhold

Prosjektet har tatt utgangspunkt i de kommunale korttidsplassene som modell for kommunenes lokalmedisinske senter. Dette med formål om å forbedre kvaliteten på behandling og rehabilitering på korttidsplassene. For å få effekt av dette har det vært viktig å

se korttidsplassene som en integrert del av pasientforløpene, hvor leddene før og etter i pasientforløpet (herunder hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten) er like viktige å vurdere i forhold til bl.a kvalitet, struktur og samhandling.

I prosjektets arbeid om korttidsplassene har dette vært sentrale temaer:

- Utnyttelsesgrad av korttidsplassene
- Tverrfaglig koordinering
- Aktuelle brukergrupper for korttidsplassene
- Kompetanseutveksling
- Elektronisk samhandling
- Medisinsk faglig samarbeid

Arbeidet med prosjektet har også skulle hjelpe til med at kommunene var mer forberedt til å innføre endringene som følge av samhandlingsreformen. I prosjektets første periode har Samhandlingsreformen trådt i kraft, derav også delavtalene. Prosjektet har særlig fulgt delavtalene som har hatt direkte innvirkning på brukerrettet samhandling mellom tjenestenivå. Konsekvensene av delavtale 5, retningslinjer om utskrivningsklare pasienter er svært sentral for korttidsplassene, hvordan korttidsplassene benyttes, hvilke brukergrupper som skal nyttiggjøre seg korttidsplassene og hvilket kompetansebehov man har hos ansatte tilknyttet korttidsplassene. Prosjektgruppens tilnærming har vært erfaringsutvekslinger og løsningsorientert diskusjon i et samhandlingsperspektiv.

Det sentrale spørsmålet for prosjektperioden har vært:

Hvordan kan korttidsplassene i kommunen inneha funksjonen som kommunens lokalmedisinske tjenester?

Prosjektperiode 1 har hatt hovedfokus på kommunenes korttidsplasser sett i et pasientforløpsperspektiv. Prosjektets hovedaktivitet har vært utredningsvirksomhet og sammenfatning av eksisterende kunnskap tilknyttet hovedfokusområdene. Det har også vært gjennomført en forundersøkelse tilknyttet bruk av de kommunale korttidsplassene.

## **Anbefalinger fra første prosjektperiode**

Det anbefales at kommunene legger vekt på følgende angående korttidsplassenes strukturelle forhold:

- Kommunene bør sikre at det er minimum 20 % korttidsplasser av den totale mengden institusjonsplasser (mål anbefalt i Vestfoldundersøkelsen)
- Det må legges opp til fleksible vedtak som gir mulighet for individuell vurdering av behov for lengde på opphold og tidspunkt for mottak av brukeren.
- For å få til punktet over kan det være aktuelt å vurdere innholdet i vedtaket innen de 2 første dagene etter innkomst ved korttidsavdelingen.
- Både forvaltningsenheten og korttidssykehjemmene må holde fokus på sirkulasjon i korttidsplassene.
- Det er svært viktig å unngå å benytte korttidsplassene som mellomstasjon for brukere som skal til langtidspsykehjem. Dette vil hindre sirkulasjonen.
- Der dette ikke allerede er gjort anbefales det at kommunene samlokalisere korttidsplasser. For Kristiansand anbefales det også at man samorganiserer korttidsplasser og definerte rehabiliteringsplasser.

Angående innholdet og ideologien knyttet til korttidsplassene har prosjektet blant annet følgende anbefalinger:

- Hensikten med å legge brukere inn på korttidsplasser er å øke funksjonsnivå. For å få til å øke funksjonsnivå må innholdet i korttidsplassene være helsefremmende.
- Et mer helsefremmende og rehabiliterende fokus krever større grad av tverrfaglig tilnærming, noe som igjen krever tilgang på flere faggrupper tilknyttet korttidsplassene.

- Det er i dag et uklart skille mellom vedtak på korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, dette må vurderes om er hensiktsmessig, og gjennomgås i hver enkelt kommune.
- Det er i hovedsak ikke hensiktsmessig å benytte korttidsplasser til å vurdere et langtidsbehov.
- Kommunene anbefales å etablere øremerkede palliative plasser/ enhet, for å sikre kvalitet på tilbudet i livets siste fase. (Nasjonal standard for palliasjon).

#### Anbefalinger knyttet til pasientforløpsperspektiv.

Korttids plassene er en god løsning for brukere som trenger det. I mange tilfeller vil tidligere intervensjon være mer hensiktsmessig. Kommunene har mye og hente på å sette inn tiltak i tidligere fase av forløpet, for å unngå funksjonsfall og et hurtiggående sykdomsforløp.

- Unngå unødig forflytning av brukere mellom tjenestenivå og tjenestested og internt i kommunene.
- Endre dagens tyngdepunkt i «omsorgstrappen» og etablere tjenester av helsefremmende karakter tidlig i pasientforløpet.
- Kommunene bør etablere diagnosespesifikke team/ koordinatorfunksjoner interkommunalt/ kommunalt som jobber ambulant. Ambulante team kan også ha opplæringstilbud til pasienter og pårørende som sin oppgave,
- Iverksette hverdagsrehabilitering
- Etterstrebe å gi demente et tilbud i hjemmet så langt det er mulig.

#### Anbefalinger om kompetansebehov

- Det er behov for å øke kompetanse på rehabilitering, forebygging og helsefremming i hele organisasjonen.
- Øke kompetanse hos flere ansatte i forhold til helsefremmende perspektiv rettet inn mot diagnosegruppene kreft, kols, demens, diabetes og hjerneslag. Kompetansehevingen må ha fokus på pasientforløp.
- Iverksette kompetansehevingstiltak fortløpende som følge av nye oppgaver, i samarbeid med Utviklingssentrene.

Det henvises for øvrig til vedlagte prosjektrapport. Anbefalinger utover dette vil komme som følge av oppsummering av prosjektet i sin helhet i løpet av 2013.

Anbefalinger fra første prosjektperiode er i stor grad samsvarende med retningen beskrevet i Kristiansand kommunes Helsefremmingsplan som er sendt på høring i november 2012.

#### **Planlagt videreføring**

Prosjektet har allerede fått tildelt midler fra Helsedirektoratet for 2011 og 2012, 2012 midlene vil bli overført til 2013 på grunn av sen tildeling på året.

Prosjektperiode 2 har hovedfokus på pasient- og pårørendeopplæring i kommunene i samarbeid med frivillighetens hus. Hovedaktiviteten for perioden vil være kartlegging av eksisterende tilbud, vurdere muligheter for samkjøring av disse, samt pilotering av ulike opplæringstilbud. Prosjektperiode 2 avsluttes i januar 2013

Prosjektperiode 3 vil ha fokus på kompetanse i form av retningslinjer tilknyttet korttids plassene, videreføring av opplæringstilbud for kols og diabetes type 2, samt utredning av sykepleiepoliklinikk. Det vil også legges vekt på oppsummering av det totale prosjektet, samt videreføring og vurdering av anbefalte tiltak.

# **Punkt 65/12: Orientering om fagnettverk i sykehjem og hjemmetjenester**

## **Bilag**

Utvikling gjennom kunnskap



Dato: 27.11.12  
Saksnr.: 201211813-2  
Arkivkode E: G0  
Saksbehandler: Mette Erøy

**Saksgang**  
Helse- og sosialstyret

**Møtedato**  
04.12.12

## Orientering om fagnettverk i sykehjem og hjemmetjenester

Sammendrag: Kristiansand har de siste årene hatt en systematisk kompetansesatsing på de største og voksende utfordringene innen omsorgstjenester. Dette gjelder spesielt områdene kreft, kols, diabetes, demens, hjerneslag, rus, psykiatri og smittevern. I Kristiansand har kompetansebyggingen skjedd blant annet i form av ordningen med fagnettverk. Disse er organisert som en del av «Utviklingssenteret for hjemmetjenester og sykehjem» (USHT) med base på Valhalla korttidsavdeling. Fagnettverket består av fagkoordinatorer på de ulike kompetanseområdene, som igjen koordinerer ressurspersoner som i det daglige jobber på sykehjem og i hjemmetjenestene i hele kommunen. Tilbakemeldingene så langt er at den systematiske satsingen i regi av utviklingssenteret er en svært nyttig, praktisk og effektiv modell for kompetansespredning. Helse- og sosialdirektøren ønsker derfor at helse- og sosialstyret skal være orientert om arbeidet.

### Forslag til vedtak:

Helse og sosialstyret anser utvikling av fagnettverk som et viktig element i den strategiske satsing på kompetansneutvikling for å møte fremtidens utfordringer.

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

### Trykte vedlegg:

- «Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing, overordnet strategi 2011-2015» .

### Utrykt vedlegg:

- Delprosjekt FoU: Fagutvikling –innovasjon –forskning –kompetanse –utdanning – samarbeid, Helse- og sosialdirektøren, vedtatt i helse- og sosialstyret i sept 2012.

Bakgrunn for saken:

### *Etablering av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester*

I 2009 etablerte Kristiansand kommune *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester* (USHT) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Mandatet innebærer en systematisk satsing på kompetanse, fag, og tjeneste utvikling i omsorgstjenesten. Det innebærer at Kristiansand er vertskommune for virksomheten og at det er et spredningsansvar til øvrige kommuner i fylket.

Helsedirektoratet har etablert «Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester» (USHT) i hvert fylke. Utviklingssentrene i Kristiansand og Songdalen kommune utgjør utviklingssentrene i Vest-Agder og de utarbeidet i 2011 en felles strategi. De bygger sin virksomhet på "Helsedirektoratets overordnet strategi 2011-2015", som en del av den nasjonale satsingen. Dette i tråd med St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter, og mening", samt "Kompetanseløftet 2015". Målet er å forbedre sykehjems - og hjemmetjenester både kvalitativt og kvantitativt i møte med den raske veksten i omsorgsbehov som forventes i årene som kommer.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste i Vest-Agder har prioritert kompetansebygging i forhold til de største og voksende utfordringene innen omsorgstjenester: kreft, kols, diabetes, demens, hjerneslag, rus, psykiatri, smittevern. I Kristiansand har kompetansebyggingen skjedd blant annet i form av ordningen med fagnettverk. Utviklingssenteret har i tillegg ansvar for en rekke andre tiltak og prosjekt som bidrar til kompetanseløft innen omsorgstjenestene, som for eksempel hospitering, e-læringsverktøy, kursrekker og råd i anskaffelse av prosedyreverktøy.

### **Organisering av fagnettverk**

Fagnettverkernes organisering:

1. *Ressurspersoner.* Alle omsorgsenheter har etablert rolle som ressurspersoner innen de prioriterte diagnosegruppene: Demens, kols, diabetes, lindrende, psykiatri/rus, smittevern, rehabilitering. Ressurspersonene er fra fagfeltene demens og lindring har ressurspersoner fra både sykehjem og hjemmetjenester, tilsammen 28 tjenestesteder med 16 soner og 12 sykehjem. Fagnettverkene smittevern, psykiatri/rus, og diabetes består av 1 representant fra hvert sykehjem (12 deltakere pr. nettverk), mens fagnettverk kols og rehabilitering består av 1 representant fra hver sone (16 deltakere pr. nettverk). Ressurspersonene møtes ca 4 ganger i året inne sitt fagnettverk. De jobber til daglig på sykehjem eller i hjemmetjenesten har ansvar for kunnskapsspredning på sin arbeidsplass. Den enkelte ressursperson har et spredningsansvar på sin enhet, som innebærer internundervisning, e-læring eller annen opplæring av ansatte. Antall ressurspersoner økte fra 95 i 2010 til 133 i 2012.
2. *Fagkoordinatorer.* Fagnettverkene ledes av fagkoordinator, som sikrer systematisk fokus på kompetanse og fagutvikling prioriterte områder: lindring, kols, demens, diabetes, rehabilitering, forebygging, smittevern, psykiatri/rus, etikk, hospitering, og samhandling (sykehusets praksiskonsulent). Disse har engasjementstillinger i mellom 20% og 100% størrelse, og har kontor plass på Valhalla. Fagkoordinatorer har i oppdrag å lære opp ressurspersoner i alle omsorgsenheter. Koordinatorfunksjonen innebærer arrangering av nettverkssamlinger og relevante kurs, utarbeidelse av undervisningsopplegg, oppdatering av nettsider osv. Koordinator kaller nettverket inn til fagdag 4 ganger i året for faglig oppdatering og erfaringsutveksling. Fagkoordinatorer har også et tett samarbeid med SSHF som bidrar med

kompetanseoverføring hvor det er hensiktsmessig. Følgende stillingsprosent er avsatt til fagnettverk/fagutvikling/kompetanseheving:

- Kolskoordinator: 30%
- Diabeteskoordinator: 10%
- Demenskoordinator: 20% (av 100% stilling hvor 80% i hukommelsesteam)
- Lindrende koordinator: 40% (innebærer både kreft, demens, kols: alle brukere i livets siste fase)
- Psykiatri/rus: 20% (prosjektmidler fra fylkesmannen)
- Smittevern: 20%
- Rehabilitering: ingen avsatt prosent, en del av avdelingslederstilling på Kløvertun

3. *Leder* for utviklingssenter for hjemmetjenester i Vest-Agder har i oppdrag å utvikle modeller for kompetansebygging og kunnskapsutvikling, og koordinerer samarbeidet mellom fagkoordinatorerne. I tillegg har leder ansvar for å sikre samarbeid og deling med øvrige kommuner i Vest-Agder via samarbeid med Fylkesmannen, Universitetet i Agder (UiA), Senter for omsorgsforskning Sør og Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF).

Omsorgstjenesten har et årshjul hvor de forplikter seg til å sende ressurspersonene på de kursene fagkoordinatorerne arrangerer, samt til å sende 2 representanter i året på hospitering på sykehuset. Videre forplikter omsorgsenhetene seg til å ha internundervisning hvert halvår på den enkelte enhet iht.de ressurspersonene de har.

### ***Erfaringer med fagnettverk***

Nettverksbasert opplæring ift prioriterte diagnosegrupper og satsinger ser ut til å ha svært positive effekter for de avdelinger og enheter det gjelder. I tillegg til at koordinatorene og ressurspersonene får opplæring, og sprer kunnskapen, utvikler de kontaktnett og har arenaer for erfaringsutveksling og fagutvikling. Formål med å arbeide i nettverk:

- Fremme erfaringsutveksling
- Bidra til spredning av beste praksis
- Fokus på anvendelse av metoder/felles verktøy –dokumentasjon/standardiserte verktøy. Heve kvaliteten på styrende dokumenter og arbeidsprosessbeskrivelser.

Tilbakemeldingene så langt er at den systematiske satsingen i regi av utviklingssenteret er en svært nyttig, praktisk og effektiv modell for kompetansespredning. Andre tjenester melder at de også kan se behov for å organisere kompetansespredning etter denne modellen, det gjelder særlig helsetjenestene (psykisk helsearbeid) og tjenestene for utviklingshemmede.

I oppstarten av fagnettverkene hadde SSHF foredrag på de fleste kommunale fagdager, men det som imidlertid viser seg nå er at disse koordinatorene (og ressurspersonene) har bygd opp en egen unik kompetanse tilpasset de særegne kompetansebehovene som foreligger i den kommunale omsorgstjenesten.

Det har vært en voldsom vekst i kompetansespredning og utviklingsprosjekt siden utviklingssenterets oppstart i Kristiansand kommune. Blant annet 2012 mottok USHT over 3,5 mill. i eksterne tilskudd til satsing på kompetanse, fag, og tjeneste utvikling i Vest-Agder. Kombinert med aktivitetene i regi av Lokalmedisinske tjenester har dette gitt kommunen et kraftfullt og kompetent utviklingsmiljø innen omsorgstjenestene lokalisert på Valhalla.

## **Utviklingsområder**

Målet med nettverkene er å bidra til at alle ansatte i omsorgstjenesten får økte muligheter til å handle kunnskapsbasert og dermed kvalitetssikre utøvelsen av sykehjems- og hjemmetjenester. Skal kommunen imøtekomme demografiske utfordringer og fremtidens forventede sykdomsbilde, er omsorgstjenesten avhengig av systematisk satsing på fag, kompetanse, og tjenesteutvikling innen de voksende diagnosegruppene som kols, diabetes, og demens. Dette blir også omtalt både i «Delrapport FoU» som ble vedtatt i helse- og sosialstyret i september, og i høringsforslaget til «Helsefremmingsplanen» som skal til politisk behandling på nyåret 2013. Utviklingssenteret ønsker å sikre optimal spredning og kvalitetssikring i 2013 ved etablere ressurspersoner i både sykehjem og hjemmetjenester innen samtlige av de store diagnoseområdene. Helse- og sosialdirektøren vil vurdere dette både i forbindelse med den pågående omstillingsprosessen, og som en del av budsjettbehandlingen.

Fagkoordinatorerne har en noe uklar organisatorisk tilknytning. De er lokalisert på Valhalla, koordineres og ledes av prosjektleder for utviklingssenteret, men er formelt ansatt i helse- og sosialdirektørens stab. Det er en utfordring å finne en bærekraftig struktur for kompetanseutvikling basert på opprettelse av koordinatører og ressurspersoner knyttet til alle omsorgsenheter, samt organisatorisk tilhørighet av disse. Det er viktig både å sikre forankring sentralt, og praksisnærhet. Dette blir et viktig tema inn i ny organisering av helse- og sosialsektoren.