



Hamar kommune

Rapport februar 2014

Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg - innovasjon i praksis



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**
Hedmark

Forord

Denne rapporten handler om arbeidslag som organisasjonsmodell og om innføring av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg i Hamar kommune. Innføringen av arbeidslag i demensomsorgen har skjedd i tre trinn. Det første arbeidslaget i hjemmebasert omsorg i Hamar kommune ble etablert i 2003. Dette var et demensarbeidslag, ”Rødgruppa” i distrikt Vang.

Deretter ble demensarbeidslag innført ved de to andre distriktene. Dette arbeidet ble prosjektorganisert i tidsperioden 2009-2010. I 2009 søkte kommunen Helsedirektoratet om å bli Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark. Begrunnelsen for søknaden var å gjennomføre et prosjekt hvor målet var å innføre funksjonsinndelte arbeidslag i demensomsorgen ved alle de tre distriktene i hjemmebasert omsorg i kommunen. Trine Pettersen var prosjektleder disse årene.

Fra våren 2012 ble arbeidslag som organisasjonsmodell videreutviklet ved alle tre distriktene. Målet var å etablere en funksjonsinndeling for de største brukergruppene i hjemmebasert omsorg. Omorganiseringen har pågått i 2013, og fra 2014 er det totalt 18 funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg. Det er arbeidslag innenfor demensomsorg, somatikk, lindrende behandling, rus/psykiatri og hverdagsmestring. De tre distriktsledere har hatt ansvaret for denne omorganiseringen.

Rapporten beskriver hvordan konkrete erfaringer fra ”Rødgruppa” i distrikt Vang for 10 år siden er blitt videreutviklet til en ny og bedre organisering av hjemmebasert omsorg.

En takk til Vigdis Galaaen, Anne Brendjord, Anita Stenhaug, Birger Lillesveen, Trine Pettersen, Berit Kalland og Sølvi Støen som har bidratt med informasjon til denne rapporten.

Rapporten er skrevet av Trine M. Haugseth, Anne Brendjord og Bente Ødegård Kjøs

Prosjektleder Bente Ødegård Kjøs
Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark
e-post: bente.kjos@hamar.kommune.no
Telefon: 986 31 171

Innhold

Innledning.....	4
Bakgrunn for innføring av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg	4
Pleie- og omsorg i Hamar kommune.....	5
Arbeidslag som organisasjonsmodell.....	6
Hva er et arbeidslag?	6
Ledelse i arbeidslagsmodellen.....	8
Myndiggjorte medarbeidere	8
Primærsykepleie/primærkontakt.....	9
Personsentrert omsorg	9
Tidsperioden 1994 - 2009	10
Arbeidslagsmodellen – utvikling og trivsel.....	10
Prosjektperioden 2009 - 2010	11
Gjennomføringen.....	11
Erfaringer fra prosjektperioden	12
Hvordan er det optimale arbeidslaget?	15
Samarbeid	16
Hvordan rekruttere til / introdusere arbeidslag?	17
2012 - 2013: Funksjonsinndelte arbeidslag for sentrale brukergrupper.....	18
Mål og kriterier for funksjonsinndelingen i hjemmebasert omsorg i Hamar	19
Oppsummering og forberedelser til evaluering.....	20
Referanser.....	22

Innledning

Hamar kommune ble oppnevnt som Utviklingssenter for hjemmetjenesten i Hedmark i 2009 av Helsedirektoratet. Bakgrunn for søknaden fra kommunen om å bli utviklingssenter var et ønske om å gjennomføre et prosjekt innenfor organisering av demensomsorgen. Målet for prosjektet var å etablere funksjonsinndelte arbeidslag for personer med demens i alle tre distrikt. Prosjektperioden varte til 2011. Vi hadde da fått ytterligere nyttige erfaringer med funksjonsinndelte arbeidslag innenfor demensomsorgen. I etterkant av dette prosjektet startet vi våren 2012 med å utvide modellen til flere funksjonsinndelte arbeidslag. Det ble også opprettet stilling for tjenestekordinator ved hvert av de tre distriktene.

Funksjonsinndelte arbeidslag er en modell for organisering av tjenester, her hjemmebasert omsorg. En liten, stabil og kompetent personalgruppe er organisert slik at pasientgrupper, for eksempel personer som lever med demens, skal få en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester.

Arbeidslaget tar ansvar for definerte oppgaver innenfor gitte rammer. Medlemmene i arbeidslaget samarbeider om alle prosessene som er nødvendige for god tjenesteytelse. Laget blir ledet av en arbeidslagsleder. Arbeidslagslederen rapporterer til soneleder.

Bakgrunn for innføring av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg

Det første funksjonsinndelte arbeidslaget i hjemmebasert omsorg i Hamar ble opprettet i distrikt Vang i 2003. Sølvi Støen foreslo å opprette et ”demensarbeidslag” i forbindelse med innføring av arbeidslag som organisasjonsmodell i hjemmetjenesten. Hun var hjelpepleier i hjemmebasert omsorg og hennes begrunnelse for forslaget var egne erfaringer fra demensomsorgen. Hun skrev artikkelen ”Fra fjerde divisjon til Champions League?” (Støen 2006) om sine erfaringer fra denne perioden. Hun opplevde at alle ansatte ikke kunne være like gode i alt, at det var behov og ønske om spesialisering også i hjemmebasert omsorg.

En annen grunn for innføring av arbeidslagsmodellen i hjemmebasert omsorg i Hamar var erfaringene for denne modellen i sykehjem. Modellen var tidligere brukt ved Klukstuen omsorgssenter i Hamar. Klukstuen er et kompetansesenter for mennesker med demenssykdommer. I etterkant har alle institusjonsavdelinger i Pleie og omsorg blitt organisert etter dette prinsippet i større eller mindre grad.

Hjemmebasert omsorg er i en stadig utvikling og skal håndtere stadig større og kompliserte oppgaver. Dette krever faglig kompetente og trygge medarbeidere. En økende spesialisering har lenge eksistert på sykehus, videre inn i sykehjemmene og nå også i hjemmebasert omsorg.

Målet for å innføre arbeidslag var tredelt: god tjenestekvalitet, arbeidstakernes arbeidssituasjon og fokuset på gode arbeidsprosesser; hvordan dagen best kunne planlegges og ledes.

En annen begrunnelse for innføring av ny organiseringsmodell i 2003 var myndiggjøring av medarbeiderne, et ledelsesverktøy og en filosofi som er forankret i hele Hamar kommune.

Innføring av arbeidslag i hjemmebasert omsorg var også inspirert av kvalitetsteori. Boken ”Det uslåelige arbeidslaget” av Bjarne Berg Wig ble brukt som bakgrunnsmateriale for endringene. I boken presenterer Wig selvstyrte arbeidslag som modell (Wig 1999).

Ved starten i 2003 var det lite dokumentasjon om arbeidslag som organisasjonsmodell i hjemmebasert omsorg både i Norge og andre land som vi kunne sammenligne oss med. Arbeidslag i hjemmebasert omsorg var prøvd ut i liten grad, men noen andre kommuner var blitt inspirert av organisasjonsmodellen. Trondheim kommune hadde prosjektet ”Over terskelen”(Hauger 2009) og Bærum kommune med ”Prosjekt Rykkin” (Moland, Holmli 2002; Mehre 2003).

Pleie- og omsorg i Hamar kommune

Hamar kommune er en bykommune med ca 30 000 innbyggere. Pleie- og omsorgsavdelingen ledes av en pleie- og omsorgssjef. Pleie- og omsorgssjefen har den overordnede ledelse og det faglige ansvaret for kommunens pleie- og omsorgstjenester. Pleie- og omsorgsavdelingen i Hamar kommune har 745 årsverk fordelt på 1400 ansatte. Avdelingen skal bidra til livskvalitet og god omsorg for brukerne (Årsmelding 2013, Hamar kommune).

Avdelingen er delt inn i tre distrikter som ledes av tre distriktsledere. Distriktslederne har den overordnede ledelse på distrikt og har arbeidsoppgaver innenfor målformulering, planer i tråd med overordnede retningslinjer, økonomistyring og resultatvurdering, verdigrunnlag for tjenesten, bedriftskultur, personaladministrasjon og personalutvikling samt å sikre administrative rutiner.

Hjemmebasert omsorg i Hamar har base tilknyttet hvert sitt omsorgsdistrikt; Vest, Vang og Sentrum. Hjemmetjenesten hadde totalt 1561 brukere i 2013. Hjemmesykepleien ga tjenester til 887 brukere, totalt 4 378 vedtakstimer per uke (Årsmelding 2013, Hamar kommune). Hvert omsorgsdistrikt er delt inn tre soner og hver sone har to arbeidslag. Arbeidslaget er grunnenheten i hjemmebasert omsorg og består av 10-15 ansatte.

De ni sonelederne i hjemmebasert omsorg har personal, administrativt, faglig og økonomisk ansvar for sona. Soneleder inngår som en del av distriktets ledergruppe og rapporterer til distriktsleder.

Arbeidslagsleder (totalt 18 i hjemmebasert omsorg) skal organisere arbeidet i arbeidslaget og er delegert det daglige faglige ansvaret rettet mot brukerne. Arbeidslagsleder skal

tilrettelegge for et godt arbeidsmiljø med myndiggjorte medarbeidere. Arbeidslagsleder går i turnus med dag- og kveldsvakter, har én fast kontordag hver uke (alle har onsdager) og jobber hver 6. helg. Arbeidslagsleder rapporterer til soneleder.

Arbeidslaget er grunnenheten i de hjemmebasert omsorg. Arbeidslaget består av 10-15 ansatte. Det er sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere/hjelpepleiere og hjemmehjelper i faste stillinger. Assistenten brukes i sporadiske vakter ved sykefravær og ferie.

Hjemmetjenesten gir tjenester til alle hjemmeboende, uavhengig av alder, diagnose og funksjonssvikt. Hjemmetjenesten består av hjemmesykepleie (fra tilsyn til heldøgns hjelp) samt formidling og bistand til et stort antall tilleggstjenester som heldøgns omsorg og pleie i omsorgsboliger, omsorgsboliger og ”trygdeleiligheter”, praktisk bistand i hjemmet, trygghetsalarmer, dag- og døgnrehabilitering, hjemkjøring av middag fra storkjøkken, servicefunksjoner ved sentrene, tilrettelegging og bruk av hjelpemidler, dagtilbud, døgntilbud for ulike grupper, individuelle og samtaler i grupper særlig for mennesker med psykiske lidelser, veiledning samt kontakt med frivillige og brukerorganisasjoner.

Hamar kommune har ikke bestiller-utførerkontor. Ansvar for behandling av søknader og tildeling av tjenester i hjemmebasert omsorg har tjenestekoordinator, én på hvert distrikt. Denne funksjonen ble opprettet i 2012. Tjenestekoordinator er organisatorisk plassert innenfor hjemmebasert omsorg; hverdagsmestringsarbeidslaget. Tjenestekoordinator skal ha førstegangskontakt med nye brukere som har behov for /søker hjemmebasert omsorg og være kontakt og koordinerende ledd mot sykehus ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus. Koordinatorene skal også videreutvikle gode rutiner for samarbeid og samhandling. Tjenestekoordinator samarbeider med soneledere og arbeidslagsledere. Søknader om høyere omsorgsnivå behandles ukentlig i et lokalt inntaksteam på hvert distrikt samt et felles sentralt inntaksteam.

Det finnes ett sykehjem ved hvert distrikt i Hamar: Parkgården, Prestrudsenteret og Finsalsenteret. Et fjerde sykehjem, Klukstuen omsorgssenter, er organisert direkte under pleie- og omsorgssjefen. Klukstuen er et distriktsoverbyggende senter (sykehjemsplasser og omsorgsboliger) med tilbud til mennesker med demenssykdommer. Her er også kommunens demensteam og demenskoordinator lokalisert.

Arbeidslag som organisasjonsmodell

Hva er et arbeidslag?

Begreper som team/gruppe og lag blandes ofte sammen. Ordet ”lag” er først og fremst hentet fra idretten og handler om samarbeid satt i system (Wig 1999).

I arbeidslivet finnes det mange arbeidsgrupper, men det gjør dem ikke automatisk til et lag. Det er først når ansatte begynner å utvikle spillemønstre der de forbedrer den samlede prestasjon ved å samarbeide, at det går fra en vanlig gruppe til et arbeidslag. Et arbeidslag kan

ikke velge bort samhandling (Wig 1999). Arbeidslag brukes for å markere et systematisk samarbeid. Ansatte har ulike ferdigheter som utfyller hverandre. De skal trene på å bli gode og spille hverandre gode. Arbeidslag består av enkeltindivider, personer som er forskjellige og som er gode på forskjellige områder, på forskjellige måter. Det er en gruppe mennesker, sammensatt for i fellesskap å løse bestemte oppgaver.

Det er arbeidslagets oppgaver som er fokus. De ansatte jobber for brukeren. Det er samhandling og samarbeid satt i system til brukerens beste (Wig 1999). Et arbeidslag innehar kompetanse som er nødvendig for å dekke de ulike arbeidsoppgavene. Her vektlegges det hvem som behersker hvilke jobber og hvilke mennesketyper som passer sammen.

”Et selvstyrt arbeidslag er et naturlig sammensatt arbeidslag som har ansvaret for en definert arbeidsprosess og produktene den leverer. Medlemmene i arbeidslaget samarbeider for å planlegge, operere og gjennomføre en kontinuerlig forbedring av alle prosesser som berører kvaliteten på de leverte produktene” (Wig 1999).

Begrepet arbeidslag brukes altså for å markere at det handler om samarbeid og samhandling satt i system. De ansatte skal ha ulike ferdigheter som utfyller hverandre. De skal trene på å bli gode. Alle ansatte har et personlig ansvar og et felles ansvar.

Formelen for selvstyrte arbeidslag er bygget på de ferdigheter arbeidslaget må ha for å oppnå resultater: $J + L + K = R$ (Wig 1999)

- **J = Jobbferdigheter**
Ferdigheter som er knyttet til den faglige utførelsen av jobben for eksempel sykepleier.
- **L = Lagferdigheter**
Evne til å utvikle samhandling, samarbeidsevne, konflikthåndtering, kommunikasjon, effektive møter, selvevaluering og kontinuerlig forbedring
- **K = Kvalitetsferdigheter**
Fokuserer hele tiden på hvordan vi kan bli bedre, etablering av standardprosedyre, verktøy.
- **R = Resultater**
Evnen til å være gode over tid, gjenskape resultater

I følge Assmann ”Teamorganisering – veien til fleksible organisasjoner” er det flere gode argumenter for å organisere ansatte i team/arbeidslag. Det nevnes spesielt fleksibilitet og ressursutnyttelse, økt myndiggjøring av medarbeidere, bedre forutsetning for læring, evne til å løse komplekse oppgaver, stimulere til kreativitet og utvikling, bidrar til utvikling av leder- og medarbeiderrollen, helhetstenkning og brukerorientering (Assmann 2008).

Wig beskriver fire faser i utviklingen av selvstyrte arbeidslag. Den første er ledelsens og de tillitsvalgtes forberedelser som skal legge grunnlaget for en lagbasert organisasjon. Den andre fasen er etablering av selve arbeidslagene. Den tredje er utvikling av arbeidslagene i praksis, og i den siste fasen er å forsøke å holde arbeidslaget ungt ved stadig fornying. Disse fasene vil

ikke være strømlinjeformede. Utviklingen finner sine egne veier, og kriser dukker opp på uventede steder (Wig 1999).

Dette fører til at både arbeidslagsleder og førstelinjeleder (soneleder) vil ha ulik rolle ut fra hvor lenge arbeidslaget har vært operativt.

Ledelse i arbeidslagsmodellen

I arbeidslagsmodellen har lederne en annen rolle. En har styrket ledelsen faglig, slik at den er nær både brukeren og de ansatte. Det gir lite rom for misforståelser om hvem som er nærmeste leder og hvilket ansvar og myndighet den enkelte leder har. Da tjenesten er variabel og uforutsigbar med et stort behov for raske og koordinerte beslutninger er det viktig med tydelig, synlig og nær ledelse (Wig 1999).

I følge Wig (1999) vil innføring av arbeidslag berøre ledere og ansatte i ulik grad. Det berører lederens sentrale og samordnende funksjoner som personal og økonomi. Lederen ble ”rammevokter” og tilrettelegger for selvstendighet samt veileder i forhold til dialog og samarbeid, nær brukere og ansatte. Ansatte får i større grad ansvar og myndighet til å ta egne avgjørelser og initiativ innenfor de eksisterende rammer.

Denne prosessen kan beskrives som en båt som er på vei mot ukjent farevann. For lederen som er ansvarlig for denne skuta er det av stor betydning at mannskapet har den kompetanse som trengs for å utføre oppgavene til enhver tid.

Måten å lede på blir annerledes for førstelinjelederen (soneleder). Overgangen til selvstyrte arbeidslag fører til at alle daglige oppgaver overlates til arbeidslaget og arbeidslagsleder. Førstelinjelederen får både en koordinerende funksjon mellom arbeidslag og en ”grensevokter”-funksjon i forhold til virksomhetens strategigjennomføring (Wig 1999).

Myndiggjorte medarbeidere

Myndiggjorte medarbeidere knyttes til empowerment (Chen, G., Kirkman, B.L., Kanfer R., Allan, D., Rosen, B. 2007). Begrepet empowerment avledes av verbet ”to empower” som kan bety å gi makt. Makt har flere betydninger som for eksempel autoritet, kapasitet og energi. To empower kan derfor bety ”å gi energi”. Å oversette empowerment med myndiggjøring er derfor bare delvis dekkende. Fire andre begreper som knyttes til empowerment relateres til den kognitive arbeidsrollen, disse er mening, selvbestemmelse, kompetanse og innflytelse (Seibert, S.E., Wang, G., Coutright, S.H. 2011).

Dette støttes av Capson som presiserer at myndiggjorte medarbeidere er et virkemiddel for å skape medarbeiderutvikling og dermed bedre tjenester. Viktige jobbrelevante faktorer er at medarbeidere/ledere opplever at jobben er meningsfull, at man har innflytelse, kompetanse og mulighet til å bestemme hvordan man løser oppgavene.

Det dreier seg med andre ord om medarbeideres aktive medvirkning i utformingen av arbeidshverdagen, om innflytelse over egen arbeidssituasjon. Myndiggjøring handler om økt ansvar, innflytelse og kunnskap (Copson 2006).

Myndiggjorte medarbeidere preges av faglig trygghet og ikke minst stolthet over arbeidet som gjøres i arbeidslaget eller arbeidsplassen. Ledere som skal implementere løsninger ved å fortelle de ansatte hvordan den nye virkeligheten skal se ut, har en tendens til å mislykkes (Copson 2006). Det å gi gruppen eller arbeidslaget hjelp til struktur og pedagogiske verktøy til å gjøre endringene selv er en suksessfaktor. Denne arbeidsgiverpolitikken gir konkurransekraft gjennom brukertilfredshet og brukertilpassede tjenester samt arbeidsglede, effektiv læring og utvikling, mening og sammenheng i arbeidet. KS beskriver en spiral hvor prosessen kan settes i gang, hvordan den vil kunne virke selvforsterkende og hvordan den etter hvert blir selvgående (Copson 2006).

Primærsykepleie/primærkontakt

Organisering med arbeidslag er ingen motsetning, men en forsterkning av primærsykepleie. Primærsykepleie er en metode for sykepleiepraksis som understreker kontinuitet i omsorgen ved at en sykepleier eller helsefagarbeider har ansvaret for navngitte pasienter i en avdeling/enhet. En "primærsykepleier" har ansvaret for å koordinere alle aspekter av omsorg for den samme pasienten(e) under oppholdet eller perioden med tjenester i et gitt tidsrom.

Persontrent omsorg

Arbeidslagstenkingen baserer seg mye på tanken om persontrent omsorg (Kitwood 1997, Brooker 2007). Persontrent omsorg for personer med demens, består av fire indikatorer som danner grunnlaget for forkortelsen VIPS. V står for verdigrunnlag som verdsetter personen med demens som et fullverdig medlem av samfunnet, I står for individualisert omsorg ut fra den enkeltes behov, P innebærer å gi omsorg ut fra perspektivet til personen med demens og S er indikatoren for at det skal legges til rette for å dekke behov for sosial kontakt. Viktige behov hos personer med demens vil i følge Kitwood være; tilknytning, inkludering, identitet, kjærlighet, trøst og beskjefligelse (Kitwood 1997).

Slik vi ser det vil funksjonsinndelte arbeidslag innen demensomsorgen bidra til en god miljørettet behandling. Fokus på personens behov og å følge opp disse vil være sentralt i arbeidslagsmodellen: En liten og kompetent gruppe med få personer jobber rundt personen med demens og han/hennes pårørende. Relasjonen til pasienten prioriteres like mye som de oppgavene som skal gjøres. Holdninger og måten en kommuniserer på, vil påvirke denne relasjonen.

Tidsperioden 1994 - 2009

Arbeidslagsmodellen – utvikling og trivsel

Troen på ”smått er godt” var et av slagordene fra 1990-tallets demensomsorg (Lillevold og Engh 2001). Dette inspirerte flere, blant annet Birger Lillesveen som arbeidet ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter i Ringsaker kommune. Hans fokus for demensomsorgen var økt kompetanse, begrense bruk av tvang og lage små tilrettelagte enheter for å tilrettelegge et bedre tilbud for personer med demens. Troen på den myndiggjorte medarbeideren og kunnskapen om hva personer som lever med demens trenger av stabilitet, kontinuitet og trygghet var drivkraften i demensomsorgen. Avdeling C på Finsal ble åpnet i 1994 som en tilrettelagt avdeling for personer med demens. Disse verdiene i demensomsorgen ble vesentlige for avdelingen, og det første arbeidslaget var i gang.

I år 2000 skulle det bygges ett nytt sykehjem i Hamar kommune. Dett nye sykehjemmet ble et demensomsorgssenter. Klukstuen omsorgssenter ble det første kommunale demenssenter av sitt slag i Norge. Arbeidslagsmodellen ble brukt som modell for hele senteret. I etterkant har alle institusjonsavdelinger blitt organisert etter dette prinsippet i større eller mindre grad. I 2003 fikk vi ansatt egen demenskoordinator i 100 % stilling. Koordinatoren skulle jobbe særskilt ut mot hjemmebaserte tjenester. Et eget demensteam kom også på plass. Oppbygging av ressurs- og forskningsenheten ved Sykehuset Innlandet, Sanderud, gav verdifull ressursstøtte særlig ved utredning og oppfølging.

Det første funksjonsinndelte arbeidslaget i hjemmebasert omsorg ble opprettet i distrikt Vang i 2003. Sølvi Støen, som var hjelpepleier i hjemmebasert omsorg, foreslo opprettelse av et ”demensarbeidslag” i forbindelse med innføring av arbeidslagsmodellen, dette med bakgrunn i egne erfaringer fra demensomsorgen. Hun skrev artikkelen ”Fra 4. divisjon til champions league” som beskriver hvordan opplevelsen av dette var, og innrømmelsen av at ansatte ikke kunne være like gode i alt. Spesialiseringstanken også hadde nådd hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien er i en stadig utvikling og skal håndtere stadig større og kompliserte oppgaver. Dette krever spisskompetanse og faglig kompetente og trygge medarbeidere. Tanken har lenge eksistert på sykehus, så på sykehjem og nå i hjemmesykepleien.

Konseptet bak innføring av ny organiseringsmodell den gangen var myndiggjøring av medarbeiderne, et ledelsesverktøy og en filosofi som tidligere var forankret i Pleie- og omsorgsavdelingen i kommunen. Endringen var også inspirert av kvalitetsteori, og boken ”Det uslåelige arbeidslaget” av Bjarne Berg Wig var sentral. Selvstyrte arbeidslag var inspirasjonen. Utgangspunktet for innføring av arbeidslagsmodellen var tredelt: god tjenestekvalitet, arbeidstakernes arbeidssituasjon og fokuset på gode arbeidsprosesser; hvordan dagen best kunne planlegges og ledes.

I denne tidsperioden deltok Hamar kommune i et prosjekt hvor målet var å beskrive hvordan 19 kommuner i fem regioner gikk frem for å styrke arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren. Å styrke arbeidsmiljøet var dels et mål i seg selv og dels som et

virkemiddel for å oppnå bedre effektivitet og tjenestekvalitet og redusere sykefraværet (Moland 2002).

Nordlandsforskning evaluerte prosjektet. De fant flere måter å organisere pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, og konkluderte med at arbeidslagsmodellen var best egnet til å utnytte og gi muligheter til myndiggjorte medarbeidere. I denne modellen får medarbeiderne ideelt sett selv bestemme hvordan de vil løse oppgaver som skal løses. De får også organisere arbeidet selv, og har ansvaret for driften av sitt arbeidsområde. De sentrale suksessfaktorene for modellen ser ut til å være:

- involvering av medarbeidere fra oppstart og innføring av modellen
- klar og tydelig ansvars og rollefordeling mellom de ulike nivåene
- funksjonsinndelte brukere som gjør at lagene kan spesialisere seg
- fokusering på tilbud om jevnlig kompetanseutvikling internt og eksternt
- tydelig kommunisering og praktisering av verdigrunnlag, etikk og kjøreregler
- faglig koordinator som går i turnus, mens økonomi og personalansvar er løftet opp

Arbeidslaget skal ha ansvaret for tjenestene. I hovedsak skal hver aktør besøke kun et begrenset antall brukere i løpet av sin arbeidsuke. Denne hjelperen skal ha spesiell kunnskap og interesse for brukergruppen; diagnose og problematikk. Målet er å skape trygghet, kontinuitet og tillit i forhold til både bruker og pårørende (Copson 2006).

Prosjektperioden 2009 - 2010

Gjennomføringen

Hensiktet med prosjektet i 2009 og 2010 var å videreutvikle og iverksette funksjonsinndelte arbeidslag ved alle tre distrikt i hjemmebasert omsorg

Målene var å:

- danne funksjonsinndelte arbeidslag innenfor demensomsorgen
- kvalitetssikre tjenesten
- øke bruker- og pårørendetilfredsheten
- øke kompetanse; faglig forståelse og innsikt i fagområdet demens
- øke tilfredsheten blant arbeidstakerne
- utvikle en arena for forskning og fagutvikling i klinisk praksis

Prosjektet ble satt i gang fra ledelsen i Pleie- og omsorgsavdelingen. Hamar kommune hadde ledere i pleie og omsorgsavdelingen som var gode til å planlegge og tilrettelegge for prosjektet. De hadde en klar oppmerksomhet på hvilken kultur som fantes i egen organisasjon. Med midler fra det som da het ”Undervisningshjemmetjenester” i 2009 ble det ansatt en

prosjektleder og det ble startet opp arbeidet med å etablere demensarbeidslag i alle tre distrikt. Prosjektleder gav frie tøyler til å forme laget innen visse rammer.

Med støtte fra prosjektleder (Trine Pettersen) ble gjennomføringen av prosjektet i hovedsak utført av soneledere og arbeidslagsledere etter tanken om myndiggjorte medarbeidere. De øvrige ansatte har deltatt med å tilpasse modellen etter lokale forutsetninger, behov og ønsker.

Det var avgjørende at alle ansatte i hjemmebasert omsorg har en forståelse av hensikten med arbeidslag og funksjonsinndeling. Følgende beskrivelse ble gitt: Et funksjonsinndelt arbeidslag i hjemmebasert omsorg er en gruppe ansatte som arbeider selvstendig og har fått ansvar for utforming og utførelse av tjenesten. Det er ei separat gruppe ansatte med egen turnus – ei gruppe som vet hvilke krav som stilles til jobben. Grappa samarbeider om oppgaver og med å forbedre tjenestene. Arbeidslaget arbeider på en slik måte at det skaper kontinuitet, trygghet og tillit i hverdagen til personer som lever med demens og deres pårørende.

I forbindelse med prosjektet ble det utarbeidet kriterier for arbeidslag demens i Hamar kommune:

- personen skal ha en ervervet kognitiv svikt/ demensutvikling (varighet ut over 6 mnd.)
- delir skal være utelukket
- samlevende hvor den ene personen har kognitiv svikt/demens og begge er i behov for hjemmesykepleie, får tjenester fra arbeidslag demens.

Hjemmebasert omsorg har en sentral og viktig rolle i Hamar kommunes omsorgskjede. En velfungerende og kompetent hjemmetjeneste vil bidra til mer effektiv ressursbruk. Når tjenestemottaker ønsker det kan hjemmetjenesten gi mulighet for oppfølging og behandling i hjemmet som et adekvat alternativ til institusjon.

I tillegg til det kvalitative målet for bruker og pårørende, var begrunnelsen med prosjektet å iverksette filosofien myndiggjøring av medarbeidere, det vil si medarbeidere som tar ansvar.

Pårørendeundersøkelse og jobbtilfredshetsundersøkelse ble gjort i forkant og etterkant av prosjektperioden i 2009/2010. Undersøkelsen viste stor forbedring.

Erfaringer fra prosjektperioden

Erfaringer fra praksis

De kliniske erfaringene fra praksis med å jobbe i arbeidslag sammenlignet med å jobbe tradisjonelt ut fra en geografisk inndeling var gode. Brukeren får helhetlige tjenester fra personer som har økt kompetanse, interesse og egnethet innen fagfeltet demens. Brukerne og pårørende gir tilbakemeldinger om det å ha en liten stabil personalgruppe å forholde seg til er uvurderlig. Tilliten og tryggheten som bygges opp i samspillet om tjenesten gir bedre arbeidsvilkår for den enkelte. Brukerens integritet, historie og individuelle behov for hjelp kan lettere ivaretas når man kjenner brukeren godt. Tjenesten blir mer personsentrert enn oppgaveorientert. Myndiggjorte medarbeidere gjør at den enkelte arbeidstaker blir sett og

respektert og jobber helhetlig rundt sin bruker ofte over lengre tid. Kontinuitet, god planlegging og dokumentasjon rundt bruker erfares å ivaretas på en bedre måte. Erfaringen tilsier at bruker og pårørende har større trygghet og tillit til hjemmesykepleien når de blir skrevet ut fra sykehus/korttidsplass på grunn av at det er bygget opp en god og trygg tjeneste i hjemmet. På denne måten antar man at brukeren kan bo lengre i sitt eget hjem og utsette behov for institusjonsplass.

Lederperspektiv

Omorganisering til arbeidslag førte til en ryddigere organisasjon med tanke på roller og ansvar og større grad av myndiggjøring. Man ønsket å få riktig kompetanse på rett sted. Dette gir da bedre muligheter til bedring av kompetansebygging og samhandling som vil gi økt kvalitet.

Den nærmeste leder til arbeidslaget er sonelederen. Ved å danne arbeidslag vil være fordelaktig på mange måter; en mindre personalgruppe som jobber som et lag vil kunne spille hverandre gode, dette kan resultere i mindre sykefravær, mindre turn-over og man åpner opp for diskusjon og refleksjon. Det at man føler man har oversikt og at man gjør en forskjell vil virke motiverende. Man kan oppleve økt rekruttering og at man beholder fagkompetanse. For lederen vil det være enklere å skaffe seg oversikt og sikre god dokumentasjon.

Både medlemmer av laget og brukere jobber sammen på en bedre måte. Dette gir økt kvalitet, reduserte kostnader, økt tilfredshet og forbedret informasjonsflyt. Ved at organisasjonen blir mer tilpassningsdyktig og fleksibel har også en positiv effekt også på redusert sykefravær og ”turn-over”.

Den viktigste effekten av å organisere i arbeidslag vil være stikkord som: Forutsigbarhet, kontinuitet i tjenesten, tillit, trygghet, bedre tjenester, og brukermedvirkning.

Pasientperspektiv

Demens er en kronisk og progredierende sykdom. Det vil si at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og vil til slutt bli helt avhengig av hjelp. Det finnes i dag ingen form for behandling. Demenssykdommens viktigste kjennetegn er nedsatt hukommelsesfunksjon. Ett av følgende symptomer må også være tilstede: svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne og vansker med å opprettholde innlærte ferdigheter eller å mestre hverdagssysler (Sosial- og Helsedirektoratet 2008)

Det handler om å kunne leve godt i eget hjem med en demensdiagnose. Dette innebærer at det er viktig å få hjelp i en tidlig fase hvor en kan fange opp og kartlegge symptom, gi informasjon og bygge opp tillit og trygghet både til bruker og pårørende. De som lever med demens trenger en forutsigbarhet i hverdagen for å bedre livskvaliteten og hindre situasjoner som nedsetter funksjonen til den demente. Man får kjente fjes å forholde seg til som kan gi den syke gode og trygge stunder. Mye kan være basert på tidligere erfaringer, god dokumentasjon, innhenting av bakgrunnsopplysninger og samarbeid med pårørende. Den som lever med demens eller sammen med en som har denne diagnosen, er i mange tilfeller ikke i stand til å uttrykke egne behov.

Det gir en mulighet til å tilrettelegge tjenestene i hele sykdomsforløpet ettersom sykdommen utvikler seg og funksjonsnivået synker. Målet er en meningsfull og gradvis opptrapping av tjenester, og i mange tilfeller å utsette et høyere omsorgsnivå. En god dialog og veiledning fra demensteam/demenskoordinator vil kunne gi en mer bedre tilnærming og å gi tilpasset omsorgsnivå. Overgangen fra hjem til sykehjem kan oppleves som smidigere.

Ved en aktiv dialog og samarbeid med dagsentere tilrettelagt for demente vil en kunne utsette institusjonsplass. Dagsentrene er en viktig faktor for å kunne avlaste pårørende, samt gi brukere en mer meningsfull hverdag.

Erfaringer fra det å jobbe i demensarbeidslag viser at tillitskapende arbeid ofte kan forebygge/begrense bruken tvang. Ved at man har innarbeidet en god tjeneste har man kunnet komme i posisjon til å hjelpe, uten å måtte gå til slike tiltak som å bruke tvang.

Pårørendeperspektiv

God samhandling med personen med demens og deres pårørende er avgjørende. Pårørende får noen få kjente hjelpere å forholde seg til. Selv om pårørende ikke har mulighet til å være mye tilstede for eksempel ved at bor et annet sted, skal de være trygge på at deres nærmeste blir ivarettatt på en god måte. Det å gi pårørende tilstrekkelig informasjon, støtte og trygghet i at hjelperne har kompetanse om den enkelte diagnose, emosjonell støtte, opplæring i kommunikasjon, opplæring i mestring og problemløsning, praktiske råd, og tilbud om avlastning er til det gode for alle parter. Terskelen for å ringe den faste telefonnummeret hvor kjente er tilgjengelig på dag og kveld er lav i arbeidslaget.

Mange hjemmeboende personer med behov for langvarig helsehjelp og deres pårørende, rapporterer at de har mange ansatte å forholde seg til, det vil si de har en hverdag med mangel på kontinuitet (Gjevjon 2009, 2014). Kontinuitet kategoriseres vanligvis ved tre gjensidige avhengige forhold; personkontinuitet, informasjonskontinuitet og ledelses/styringskontinuitet (Haggerty et al., 2003; Wierdsma, Mulder, de Vries & Sytema, 2009). Der yngre personer med demens har ektefeller som enda er yrkesaktive, vil et lite team med kompetente hjelpere som tilrettelegger tjenesten og har en god dialog lette på pårørende- belastningen. Her er dagplasser tilrettelagt for yngre demente en god avlastning for familiene.

De ansatte på arbeidslaget

Et demensarbeidslag er en gruppe hjelpere med kompetanse og interesse for demens. De jobber på en slik måte at det skaper kontinuitet, trygghet og tillit i hverdagen til personer med demens og deres pårørende. Opplevelsen av ”gledelse” – at arbeidstedet er avhengig av meg om ting blir bra eller dårlig, at man blir sett og føler at man gjør en viktig jobb og er en del av en helhetlig prosess som ivaretar den ansatte på en god måte.

De har fått og tatt et ansvar for sine brukere og samarbeider med de andre på arbeidslaget for stadig bedre tjenester. Positive tilbakemeldinger fra kollegaer og fra pårørende er en motivasjonsfaktor. Arbeidstakeren får bekreftelse på at du gjør en god jobb, ha en forutsigbar hverdag og jobbe lettere grunnet kontinuitet. Det å kjenne den brukeren du skal til godt, gir gode stunder. Man kan legge planer for hele uka og kan være fleksibel. Det å kunne samle

laget til sosiale happeninger både på dagtid og kveldstid har bygget et ”vi” følelse som er god å ha i hverdagen og skaper et godt arbeidsmiljø. Dette ser også ut til å ha en forebyggende effekt mot sykefravær. Dette resulterte også i en arbeidsmiljøpris (IA prisen, til Klukstuen ved Toril Risbakken)

Kompetanse

De ansatte i arbeidslaget ble prioritert til kurs og videreutdanninger slik at kompetanse og faglig ståsted hos den enkelte ble styrket. Demenssorgens ABC – har vært viktig for å heve kompetansen og forståelsen for personer som lever med demens. Det kreves for eksempel kjennskap til kommunikasjon med demente, utfordrende adferd, og følgesymptom. Den samlede kompetansen, samt veiledning fra demenskoordinator, gir en følelse av mestring. Det å finne ”nøkler” til å løse vanskelige situasjoner, for så å ”låne bort” denne til andre har vært tilbakemeldinger fra de ansatte på ting som har vært positive med å samle kompetansen innen ett felt. Dette skaper også team-følelse og det å gjøre hverandre gode. Kommunen har en årlig rullerende kompetanseplan der demenskoordinator har et særskilt ansvar for å øke kompetansen om demens i kommunen. Det formidles og arrangeres også tilbud om pårørende- skoler på kveldstid. Det gis opplæring i kartleggingsverktøy for helsepersonell, og det jobbes tett med fastleger i forhold til utredning av demens.

Hvordan er det optimale arbeidslaget?

Motivasjon

Det vil være fordelaktig om den som skal jobbe i arbeidslaget får ytre ønsker i forhold til engasjement, kunnskap og erfaring. Lederen kan også motivere ut i fra egnethet og støtte opp med kompetansehevningstiltak. Kurs og konferanser innen temaet/ diagnosen prioriteres da til det arbeidslaget som jobber rundt temaet. Den som skal jobbe må brenne for fagfeltet demens.

Turnus

Grunnturnus er blitt tilrettelagt for at det er faste fagpersoner fra arbeidslaget på dag- og kveldstid. De fleste jobber hver 3. helg. Det er svært ønskelig å tilstrebe faste vikarer ved fravær og i ferier, som har jobbet der også i løpet av året. Hamar kommune har GAT som ressursstyringsverktøy. Der er det mulig å markere hvem som tilhører de ulike arbeidslagene på hver vakt.

Størrelse på brukergruppen

De erfaringene som er gjort er at et antall mellom 30-40 brukere med en total vedtakstid på 100-130 timer i uka er den mest hensiktsmessige størrelsen på laget. Gjennomsnittsalderen har vært mellom 75-95 år med mild, moderat og i noen tilfeller langtkommen demenssykdom, men ikke med store somatisk pleietrengende behov.

Arbeidslister

Det blir lagt opp til faste brukere på faste ”ruter”/arbeidslister. Dette medfører at de fast ansatte i store stillinger har ”sin” liste som en følger på alle vakter. Arbeidslistene skrives etter maler som er kjent for alle listeskriverne. I vårt dokumentasjonssystem Gerica lages disse fra dag til dag. Dette er en av grunnpilarene i modellen funksjonsinndelte arbeidslag.

Dokumentasjon/tiltaksplaner

Den enkelte hjelper på arbeidslaget har ansvar for sine brukere og deres tiltaksplaner , samt oppfølging og evaluering av tiltak. Dette innebærer også ernæringskartlegging og oppfølging av vektkontroller.

Samarbeid

Samarbeid med pårørende

Ved at terskelen på å ringe vår telefon er lav har vi god kontakt med de fleste pårørende. Det brukes også i noen tilfeller e-post der tjenesten diskuteres, men hvor en ikke diskuterer taushetsbelagte tema.

Samarbeid med demenskoordinator

Veiledning fra demenskoordinator en gang pr. måned for å få faglig diskusjon. Der tas opp brukere fortløpende , og det er rom for veiledning og tilbakemelding på tjenestene som blir gjort. Det avtales behov for hjemmebesøk og videre kartlegging og utredning.

Samarbeid med de tilrettelagte dagsentertilbudene i kommunen

Hamar kommune har to dagsentere med tilrettelagte plasser for personer med demens. Arbeidslaget har god dialog og felles dokumentasjonssystem med de som jobber der. De har ofte erfaring fra hjemmebasert omsorg og er med bussen ut for å hente brukerne , slik at det er et kjent fjes som møter dem på morgenen. Bussen henter mellom ca. 09-10. Frokost på dagsenter fra 09.30-10.15

Samarbeid med fastleger

Det er gitt tilbakemeldinger fra fastleger om at de synes kompetansen i hjemmebasert omsorg er styrket, samt at de vet hvor de kan henvende seg med ønske om oppfølging av sine pasienter med demens som har et hjelpbehov fra kommunen. Det er også lettere å følge opp behandlingslinjen og utredningsansvaret som ligger hos fastlegen. På den måten kan riktige og viktige tiltak iverksettes, og behov for tjenester diskuteres. Oppfølging av virkninger og bivirkninger av medisiner, samstemming av legemiddellister samt strukturerte legemiddelgjennomganger blir kvalitetssikret på en bedre måte når det er et godt samarbeid mellom fastlege og arbeidslaget.

Samarbeid med Sykehuset Innlandet – Hukommelsesklinikken og Geriatrisk poliklinikk

Mange brukere er innom SI for kartlegging og veiledning. Arbeidslaget får epikriser og ofte direkte spørsmål om tiltak som hjelp til administrering av medisiner, vekt eller økt behov for andre tjenester. Dette er viktige samarbeidspartnere ved utfordrende adferd.

Samarbeid med frivillige og interesseorganisasjoner

Både frivillighetssentralen og nasjonalforeningen er viktige støttespillere.

Frivillighetssentralen er behjelpelig blant annet handling og følge til lege/tannlege.

Kommunen, sammen med nasjonalforeningen, som arrangerer pårørendeskoler to ganger per år.

Hvordan rekruttere til / introdusere arbeidslag?

Det var en tydelig føring fra pleie og omsorgsjef om å innføre arbeidslag innen demens etter modell fra det første funksjonsinndelte arbeidslaget som ble opprettet i distrikt Vang i 2003. Lederforankringen og engasjementet var avgjørende.

Ansatte som var interessert i demensomsorgen, eller ønsket å lære mer om demens og måten det jobbes på i arbeidslag, ble først prioritert ut fra ønsker og egnethet. Andre måtte motiveres gjennom at andre så deres egnethet og gav positive tilbakemeldinger på dette. Det er viktig med en tydelig rolle gjennom arbeidslagsleder, som strukturerer hverdagen i faste arbeidslister. Hjemmehjelperne blir tatt med som en viktig ressurs i arbeidet med kontinuitet.

Våre suksesskriterier for å få til arbeidslag i praksis er:

- Tilrettelagt turnus slik at kontinuitet ivaretas
- Motivert og engasjert leder som tør å gi arbeidslaget myndighet til å forme sitt eget arbeid innen visse rammer
- God informasjon i alle ledd
- Tydelige mål
- Gjennomgang av rutiner, faste arbeidslister som den samme hjelperen går uken gjennom
- En fast telefon som pårørende kan nå arbeidslaget på
- Jevnlige arbeidslagsmøter, samarbeid på tvers av lag, soner og distrikt.
- Veiledning og kompetanseheving, kompetanse brukt på riktig plass.
- Gode samarbeidspartnere som fastleger, frivillighetssentral, dagsenter og hjemmehjelper.

2012 - 2013: Funksjonsinndelte arbeidslag for sentrale brukergrupper

Innføringen av ytterligere to funksjonsinndelte arbeidslag innen palliasjon/lindrende behandling, hverdagsmestring, samt to generelle arbeidslag.

- Hverdagsmestringsarbeidslag
- Palliasjon/lindrende arbeidslag

Rus og Psykiatri – Er gjort noe forskjellig fra distrikt til distrikt.

Generelle arbeidslag: Omfatter de brukere som trenger generell pleie og omsorg uten at det er knyttet en spesiell diagnose opp mot brukeren. Deles mer ut fra geografi og pleietyngde.

Distrikt Vest innførte denne videreføringen høsten 2012 og Sentrum våren 2013. Siste endringer skjedde i distrikt Vang i november 2013.

De tre distriktene er nå inndelt i følgende arbeidslag:

	Vang	Sentrum	Vest
Sone 1	Hverdagsmestring Generell	Hverdagsmestring Generell	Hverdagsmestring Generell
Sone 2	Lindrende/palliasjon Rus og psykiatri	Lindrende/palliasjon Generell	Lindrende/palliasjon Generell
Sone 3	Demens/kognitiv ervert svikt Demens/kognitiv ervert svikt	Demens Rus /psykiatri	Demens/rus/psykiatri Demens/rus/psykiatri

Mål og kriterier for funksjonsinndelingen i hjemmebasert omsorg i Hamar

Demens

Mål: Oppnå en trygg og forutsigbar tjeneste for brukere med ervervet kognitiv svikt /demenssykdom og deres pårørende gjennom tilrettelagte tjenester.

Kriterier: Bruker har en ervervet kognitiv svikt/demensutvikling med varighet ut over 6 mnd. Delir skal være utelukket.

Psykatri

Mål: Oppnå en trygg og forutsigbar tjeneste til brukere med en psykiatrisk diagnose og/eller har rusrelaterte utfordringer.

Kriterier: Brukere som pga psykiatrisk diagnose har behov for oppfølging av hjemmebasert omsorg i forhold til grunnleggende behov og/eller administrasjon av medisiner. Brukere som trenger spesiell oppfølging ift legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Lindrende/palliasjon

Mål: Oppnå best mulig livskvalitet for bruker og pårørende. Palliativ behandling skal verken fremskynde eller forlenge selve dødsprosessen.

Kriterier: Brukeren skal ha en inkurabel sykdom og/eller forventet kort levetid. Brukeren trenger lindring av fysisk smerte og/eller andre ubehagelige symptomer, også i forhold til psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer.

Hverdagsmestring

Mål: Oppnå best mulig funksjons og mestrinsevne, selvstendighet og deltakelse, sosialt og i samfunn, etter sykdom eller skade.

Kriterier: Bruker skal ha en funksjonshemming pga sykdom, skade eller lyte og trenger hjelp til å utvikle funksjonsevnen og/eller vedlikeholde mestringsevnen med sikte på størst mulig opplevd selvstendighet og livskvalitet.

Generelle arbeidslag

Mål: Oppnå en trygg og forutsigbar tjeneste

Kriterier: Brukere som ikke har diagnoser eller utfordringer knyttet til de andre arbeidslagene, som har behov for en stabil og kompetent tjeneste rettet mot god og optimal pleie og omsorg.

Samlevende hvor begge har behov for tjenester, og der personene har forskjellig behov skal det vises skjønn og bare gis tjenester fra ett arbeidslag. Det er et overordnet mål å gi helhetlige tjenester.

Oppsummering og forberedelser til evaluering

Distrikt Vang startet med funksjonsinndeling i hjemmebasert omsorg i 2003, brukergruppa den gangen var personer med demens. Modellen har utviklet seg gradvis. Høsten 2012 ble det bestemt at funksjonsinndeling skulle innføres i alle tre distriktene (Vang, Sentrum og Vest), og gjelde for flere brukergrupper.

Målet var: Bedre kvalitet på tjenesten og høyere grad av kontinuitet i forhold til bruker/ansatt.

Funksjonsinndelingen skulle gjelde følgende fagområder:

- Hverdagsmestring
- Lindrende/ palliativ pleie og omsorg
- Demens
- Rus
- Psykiatri
- Generell /somatikk /den geriatiske pasient

Funksjonsinndelingen er nå gjennomført, samtidig som det fortsatt er noe geografisk oppdeling. Omorganiseringen krevde mye planlegging, informasjon til både ansatte, brukere og pårørende, samt kompetanseoppbygging i arbeidslagene i forhold til ansvarsområdene.

Bemanning i sonene i forhold til funksjonsinndelingen ble beregnet ut i fra antall vedtakstimer per sone. Ansatte fikk komme med ønske om hvor de ønsket å arbeide.

Tidligere var det felles turnus i hver sone, som nå er delt i to turnuser, det vil si én turnus per arbeidslag. Innenfor arbeidslaget er det arbeidslister som følger ansatte.

Når det gjelder kontinuitet og kompetanse er målet at alle arbeidslag skal ha fagpersoner på alle vakter, både dag, kveld og helg. Fortsatt er kontinuitet en utfordring i hjemmetjenesten til tross for at primærkontakt-systemet gjennomføres. Dette skyldes sykefravær, helgestillinger, ferie og kursing/ utdanning.

Det er egne nattevakter i hjemmetjenesten. Tidligere har det vært både sykepleiere og helsefagarbeidere på natt. Etter omorganiseringen er det i hovedvekt behov for sykepleiere som nattevakter. Dette er også et resultat av samhandlingsreformen som medfører dårligere brukere i kommunehelsetjenesten.

Omorganiseringen krevde en gjennomgang av etablerte rutiner når det gjaldt fordeling av brukere. Nye strukturer og samarbeidsmønstre ble etablert. Nye søknader og henvendelser fra sykehuset går nå via tjenestekoordinatorerne. Søknadene blir gjennomgått, og nye brukere fordeles til riktig sone i forhold til funksjon. Dette gjøres på distriktsvise møter hver onsdag hvor soneledere, arbeidslagsledere og tjenestekoordinatorer deltar.

Det er et godt samarbeid mellom arbeidslagslederne når det gjelder fag og kompetanse. Det er utviklet en økende forståelse av hverandres oppgave, og kompetanse innhentes på tvers av lagene når det er behov.

Hamar kommune har i tillegg til demenskoordinator en koordinator innen rehabilitering og en innen lindrende/palliasjon. Disse er med i faste møter der det gis veiledning og tilbakemeldinger på tjenestene som blir gitt.

I omorganiseringsprosessen har det vært viktig at alle ansatte, arbeidslag og soner opplever at de har blitt ivaretatt. Alle lag uavhengig av funksjon er like viktige. Til tross for at hjemmetjenesten er oppdelt i funksjonsinndelte arbeidslag er det fortsatt en generalisttjeneste hvor en må tenke helhetlig.

Vi er nå i gang med å planlegge en evaluering av arbeidslagsmodellen. Det arbeides med å skaffe bakgrunnsdata og aktuell informasjon til evalueringen. Strukturen på evalueringen er delt inn i fem: pasient-, pårørende-, ansatte-, leder- og et styringsperspektiv. Hensikten med evalueringen er å få informasjon om arbeidslagsmodellen slik at vi kan identifisere områder som fungerer bra og områder som vi bør videreutvikle.

Referanser

- Assmann, R. (2008) *Teamorganisering: veien til mer fleksible organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brooker, D. (2007) *Person-centred dementia care. Making services better*. Jessica Kingsley Publishers.
- Chen, G., Kirkman, B.L., Kanfer R., Allan, D., Rosen, B. (2007) *A multilevel study of leadership, empowerment, and performance in teams*. Journal of Applied Psychology, 92 (2) 331-346.
- Copson, A.K. (2006) *Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere. Et idéhefte for medarbeiderutvikling i pleie - og omsorgstjenesten*. Oslo.
- Gjevjon, E. R. (2009) *Kontinuitet i hjemmetjenesten: en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*, 2009 nr. 2. Høgskolen i Gjøvik.
- Gjevjon E.R., Eika K.H., Romøren T.I., Landmark B.F. (2014) *Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services*. Journal of Advanced Nursing. 70(3):553-63.
- Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R (2003) *Continuity of care: a multidisciplinary review*. *BMJ* , **327**:1219-1221.
- Hamar kommune (2013) Årsplan 2013
- Hauger, B. (2009) *Arbeidslag i hjemmetjenesten. Ambulerende dagtilbud. Demensprosjekt i Trondheim kommune*.
- Kitwood T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press
- Lillevold, K. F. og K. Engh (2001) *Portrett av en pioner - Aase-Marit Nygård*.
- Mehre, K. (2003) *Hjemmebaserte tjenester organisert etter arbeidslagsmodell - Bærum kommune , Rykkin*. Sykepleien, 91 (3): 36-39.
- Moland, L. E. (2002) *Innsats for arbeidsmiljøet i pleie - og omsorgssektoren. Tiltak og prosesser i 19 kommuner*.
- Moland, L. E., Holmli H. (2002) *Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslagsmodellen i Rykkin, et pilot i Bærum kommune*. Fafo
- Seibert, S.E., Wang, G., Coutright, S.H. (2011) *Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: a meta-analytic review*. Journal of Applied Psychology, 96 (5), 981-1003
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2008) *Glemsk , men ikke glemt*. Sosial - og Helsedirektoratet.
- Støen, S. (2006) *Fra fjerde divisjon til champions league? Demens - temahefte " helhet ønskes"*, 1.
- Wierdsma A.I., Mulder C.L., de Vries S.C., Sytema S. (2009). *Reconstructing 'Continuity of Care': A Multilevel Conceptual Framework*. Journal of Health Services Research & Policy 14: 52-57.
- Wig, B. B. (1999) *Det uslåelige arbeidslaget*. Oslo: Tiden.

Hamar kommune – Utviklingscenter for hjemmetjenester i Hedmark

Finsalveien 3

2322 Ridabu

Telefon: 986 31 171

E-post: bente.kjos@hamar.kommune.no

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)