

Sluttrapport

Arbeidsgruppe Enhet Rehabilitering

Vestvågøy kommune,
Helse og mestring

01.02.23



Vestvågøy kommune
Stolt Lofoting



Kunnskapskommunen
HelseOmsorg Nord



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
NORDLAND

Innholdsfortegnelse

1.	Mandat	1
2.	Beskrivelse av dagens situasjon	3
3.	Tiltak med vurdering	10
4.	Konklusjon og anbefaling	15

1. Mandat

Prosessgruppas mandat til arbeidsgruppe Enhet rehabilitering:



Vestvågøy kommune

«Vi tenderer til å overvurdere utfordringer i nær framtid
og undervurdere utfordringene på lang sikt»

Organisering Helse og Mestring - Mandat arbeidsgruppe: Enhet Rehabilitering

1. Mandat og oppgaver

Hovedmål for arbeidsgruppa:

- Utrede etablering av enhet Rehabilitering, med tjenestene fysioterapi/ergoterapi, friskliv, hjelpemiddel, hverdagsrehabilitering, korttidsavdeling, KAD-plasser og legevakt (sykepleiefunksjonene), samt forsterket helsehjelp/digital hjemmeoppfølging.

Herunder følgende delmål:

- Utrede samorganisering av korttid, KAD-plasser og legevakt (sykepleiefunksjonene), spesielt ift å bruke fagressurser og kapasitet på en best mulig måte.
- Utrede samorganisering av fysioterapi / ergoterapi, friskliv, hjelpemiddel, og hverdagsrehabilitering, samt samhandling/plassering av forsterket helsehjelp / digital hjemmeoppfølging (avklare med arbeidsgruppe Hverdagsmestring).
- Foreslå intern organisasjonsstruktur for en enhet Rehabilitering, med avdelinger, team, mv.

Stillingsmessige konsekvenser av tiltak må tydeliggjøres, men oppfølging av enkeltansatte skal ivaretas av lederlinja med bistand fra HR, og med nødvendige drøftinger med tillitsvalgte. Gruppa må hele tiden ha dialog med ansvarlige ledere og HR rundt dette, for å sikre en trygg og god iverksetting.

2. Bakgrunn og motivasjon

Organiseringsprosessen for sektor Helse og mestring har pågått fra januar 2021, og i juni 2021 ble det fattet [administrative beslutninger](#) på framtidig organisering, med [overordnet organisasjonskart](#). Her står det følgende:

A: Plasser med heldøgns omsorg

I 2020 ble konsulentfirmaet WSP engasjert til mulighetsstudie av nye omsorgsboliger, og de la fram [rapport i september 2021](#). Kommunestyret behandlet [sak om dette i juni 2022](#), der viktige utviklingstrekk beskrives.

- **Beslutning:** Samle alle langtidsplasser på Lekneshagen bofellesskap, samt å omhjemle langtidsplassene ved Vestvågøy sykehjem til omsorgsboliger.
- **Anbefaling:** Det utarbeides bestilling til enhet Prosjekt og infrastruktur på bygging av 30 nye omsorgsboliger, samt ombygging av Vestvågøy sykehjem. Bestilling er vedlagt.
- **Anbefaling:** Iverksette øvrige tiltak som er skissert i kommunestyresaken: etablere Livsgledehjem ved Lekneshagen bofellesskap, og implementere Trygghetsstandard i sykehjem.
- **Anbefaling:** Det etableres en arbeidsgruppe som utreder faglige, organiseringsmessige og

driftsmessige konsekvenser av å etablere en enhet Rehabilitering med korttids- og KAD-plasser (sett i sammenheng med legevakt), samt fysioterapi/ergoterapi, friskliv, hjelpemiddeltjeneste og hverdagsrehabilitering. Dette sett i sammenheng med [Rehabiliteringspyramiden](#).

3. Leveranse og tidsfrister

Gruppen bes levere følgende dokumenter, til gitte frister. Alle dokumenter skal sendes til prosessgruppa (ved leder).

- Plan for implementering. Tidsfrist: 09.11.22
- Statusrapport: Tidsfrist: 08.12.22
- Sluttrapport: Tidsfrist: 01.02.23

Hvis prosjektgruppa ser at tidsfristene ikke er gjennomførbare bes en straks gi tilbakemelding til leder av prosessgruppa.

4. Sammensetning

Prosjektgruppa har følgende sammensetning:

Navn	Stilling	Rolle
Trude Hartviksen	Enhetsleder FUI	Leder
		Sekretær – avklares i gruppa
Kristin Mikkelsen	Enhetsleder VVS	
Oddhild Berild	Sykepleier VVS Korttid	
Marte Eliassen	Avdelingsleder	Tove Yndestad overtar fra januar
Gøril Hellan	Avdelingsleder IKL/KAD	
Ane K Nordstrand	Fysioterapeut HVR	
Ingrid Morstøl	Fysioterapeut	
Stephan B Pettersen	HTV Ergoterapeutforbundet	Tillitsvalgt
Bodil Anita Sørensen	HTV Fysioterapiforbundet	Tillitsvalgt
Cecilie Holsmo/Ragnhild Holdahl	HTV Sykepleieforbundet	Tillitsvalgt, deltok kun siste møte
Elin Johanne Nilsen	PVO fra Sykehjemmet korttid	Verneombud
Bjørnar Hartviksen (vara Randi Hennie Nilsen)	Rådet for personer med funksjonsnedsettelse	Brukerrepresentant

Enhetsleder for allmennlegetjenesten og HTV for legeforeningen skal inviteres med i møter som omhandler organisering av legevakt og KAD. Dette ble tatt i fredagsmøte med legene istedenfor.

Leder har ansvar for innkalling og lede gruppas møter, og at spesifisert leveranse skjer i henhold til frister. Sekretær har ansvar for utarbeidelse av dokumenter i henhold til spesifisert leveranse (statusrapporter, sluttrapport).

Prosjektgruppa kan innkalle andre ressurs-/fagpersoner til gruppa ved behov for avklaring av enkeltområder. Det forutsettes at en trekker inn personalfaglig kompetanse for å kvalitetssikre prosessene der dette er nødvendig, og økonomifaglig kompetanse for å kvalitetssikre beregninger.

Eventuelt behov for frikjøp av leder, sekretær eller medlemmer av Prosjektgruppa, samt behov for prosjektmidler, avklares med prosjekteier.

5. Prinsipper for arbeidet

Prosesen organisering og ledelse har som mål å utvikle helse og mestring, og fremme nytenking og fleksibilitet slik at målet om en bærekraftig og hensiktsmessig organisering med brukeren i sentrum

kan oppnås. Det er derfor avgjørende at prosjektgruppene starter bredt ut, og ikke tidlig «låser seg» i verken problemforståelse eller løsningsforslag. Gruppas medlemmer utfordres også til å være åpne for innspill utenfra.

Arbeidsgruppa er sammensatt av medlemmer med ulike fag- og erfaringsbakgrunn, og som befinner seg på ulike steder i «kommunehierarkiet». I gruppas arbeid er imidlertid alle medlemmer likestilt, og alles bidrag teller like mye. Tillit og trygghet er viktig for å få fram de beste løsningene.

Arbeidsgruppa utfordres derfor tidlig om å drøfte grundig gjennom roller og arbeidsform, slik at en har en god plattform for arbeidet.

Arbeidsgruppa bør søke å komme fram til konklusjoner som alle kan bli enige om. Hvis det ikke er mulig, så må uenighet tydeliggjøres i rapporten (*«gruppas flertall går inn for / gruppas mindretall går inn for»*).

Mandat foreslått av prosessgruppa 14. september 2022.

2. Beskrivelse av dagens situasjon

Dagens situasjon i Fysioterapitjenesten

Fysioterapeuter jobber med kropp og bevegelse for å fremme god helse. En fysioterapeut forebygger og behandler skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Behandlingen er basert på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevne, utnytte egne ressurser og bidra aktivt i en bedre egen helse. For å få til dette er det viktig at pasienten og fysioterapeuten utvikler et trygt og tillitsfullt forhold. Tilbudet gis individuelt og i gruppe, på klinikk, i skole/barnehage og hjemme hos innbyggere.

I Vestvågøy Kommune har vi grovt sett delt det inn slik at voksne med muskel- og skjelettplager får hjelp hos de private fysioterapeutene med driftstilskudd, mens den kommunale fysioterapitjenesten tilbyr behandling til de litt mer komplekse sakene. Dette kan være barn, beboere på sykehjem/institusjon, de eldste innbyggerne, de med behov for hjemmebehandling, pasienter med nevrologiske problemstillinger, eller kreft, palliasjon, lymfødem. Prioritering skjer ut fra gjeldende prioriteringsnøkkel. Fysioterapitjenesten er daglig på korttidsavdelingen (hverdager) (50% stilling fordelt på tre fysioterapeuter). 2,5 fysioterapistillinger er prioritert til barn og unge.

Utfordringsbilde:

Palliasjon er et ansvarsområde som krever koordinert tverrfaglig samarbeid mellom både fysioterapi, ergoterapi, hjemmetjeneste og korttidsavdeling, samt spesialisthelsetjenesten. Vi ser at vi stadig får henvist pasienter med mer komplekse problemstillinger, og pasienter som er «sykere» enn før. Dette har sannsynligvis en sammenheng med redusert liggetid på sykehus, samt overføring av ulike oppgaver til kommunen. Dette gjelder også rehabilitering, slik at vi har et stort behov for å øke dette tilbudet kommunalt. Behovet for individuell plan og koordinator for denne gruppa er større enn det som tilbys i dag.

Dagens situasjon i Ergoterapitjenesten

Ergoterapeuter kartlegger personens ønsker og muligheter for aktivitet og deltakelse og støtter deretter personens mestring med motivasjon og trening av konkrete aktiviteter. Ergoterapeuter foreslår forenkling og tilpassing av aktiviteter og bidrar til inkluderende omgivelser.

I Vestvågøy arbeider 1 ergoterapeut i hverdagsrehabiliteringsteamet, 1 i frisklivssentralen, 1 i hjelpemiddeltjenesten, og 1 er enhetsleder for forskning, utvikling og innovasjon.

Utfordringsbilde:

Ergoterapitilbudet i Vestvågøy er marginalt, og mangler hos flere sentrale innbyggergrupper. Fysioterapitjenesten har over mange år mottatt og registrert henvendelser til ergoterapi hvor vi ikke har kunnet yte tjenester. Dette på tross av at det er en såkalt ressursutløsende tjeneste (tjeneste som bidrar til mindre hjelpebehov hos innbyggerne). Spesielt bør det prioriteres styrking av ergoterapi på korttidsavdelingen, til barn, til personer med demens og til palliasjon. Innføring av innsatsteam og forsterket helsehjelp i hjemmet vil også kreve en økning av ergoterapistillinger.

Dagens situasjon i Frisklivssentralen

Frisklivssentralen hjelper og støtter personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk, gjennom individuelle samtaler og gruppebaserte tilbud.

Her jobber en fysioterapeut (avdelingsleder for fysioterapitjenesten) og en ergoterapeut.

Utfordringsbilde:

Etterspørselen er større enn tilbudet.

Dagens situasjon i Hjelpemiddeltjenesten

Den faglige prosessen knyttet til hjelpemidler og tilrettelegging er en kompleks prosess som krever sammensatt kunnskap: brukerkunnskap, aktivitetskunnskap om hverdagsaktiviteter, rutiner og deltakelse i samfunnet, biomedisinsk- og helsekunnskap om sykdom, funksjonsnedsettelse og kroppsfunksjon, sosiologisk og antropologisk kunnskap om sosiale og kulturelle omgivelser, teknologisk kunnskap om produkter og fysiske omgivelser, psykologisk og pedagogisk kunnskap om menneskets følelser, atferd, samarbeid, kommunikasjon og læring, bevegelseskunnskap om motorisk atferd, læring, utvikling og kontroll, samt juridisk kunnskap om lovverk og rettigheter. I tillegg kreves forståelse av funksjonshemming, deltakelse og gap-modellen.

Hjelpemiddelformidling innebærer metodisk å løse funksjonshemmedes praktiske problemer ved hjelp av tekniske løsninger. Dette må gjøres ut fra en helhetsvurdering av den enkeltes situasjon i hjem, skole, arbeid og fritid, og med utgangspunkt i de fysiske omgivelsene personen skal fungere i. Dette er en prosess som krever samspill mellom fagfolk og som må foregå på brukernes premisser. Tekniske hjelpemidler er ikke noe mål i seg selv, men må anvendes som ledd i en bredere plan for rehabilitering og opplæring.

Formidling av hjelpemidler til den enkelte omfatter følgende arbeidselementer:

- 1 Oppdage behov
- 2 Behovsutredning
- 3 Utpøving
- 4 Valg og tilpassing/spesialtilpassing
- 5 Montering/installasjon
- 6 Trening/motivering/instruksjon
- 7 Oppfølging
- 8 Teknisk service

Hjelpemiddelformidling skal gjennomføres av fagpersoner (vanligvis ergoterapeut eller fysioterapeut) som har som oppgave å tenke problemløsende: analysere brukerens funksjon, evner og behov, anvende kunnskap om sykdom og funksjonsnedsettelse, vurdere krav til oppgaven/aktiviteten som skal utføres, vurdere utformingen av brukerens omgivelser hvor hjelpemiddelet skal brukes, og se hjelpemiddelets mulighet. Hjelpemidler med elektrisk funksjon krever sertifisering av formidlere, samt at det skal gjennomføres periodisk kontroll.

Utfordringsbilde:

I store deler av de siste 10 årene har hjelpemiddeltjenesten bestått av to rehabiliteringsteknikere.

Fra 2022 har det også vært ansatt en 100% stilling som ergoterapeut. Det er behov for å sikre kunnskapsbasert praksis i Hjelpemiddeltjenesten, der en sikrer at formidlingen skjer etter gjeldende retningslinjer.

Vestvågøy har en høy grad av bruk av kompenserende hjelpemidler, og dette har økt betraktelig de siste årene. Hjelpemidler som er nødvendig for en kortere periode (under 2 år) blir i hovedregelen automatisk videreført til langtidslån uten at tiltak for å forhindre dette er iverksatt. Det er uklart hvilke hjelpemidler som til enhver tid er tilgjengelig for korttidsutlån i kommunen. I kommunens hjelpemiddellager brukes hjelpemidler som egentlig er søkt som langtidsutlån til korttidsutlån. Det mangler et spesifisert korttidslager med digital oversikt, utlånsfunksjon og registrering. Ansvarsforholdet rundt innkjøp, utlån, innhenting, rengjøring og øvrig vedlikehold av kortidshjelpemidler er uklart.

Det er i for liten grad en faglig vurdering av eksempelvis hvorvidt en komfortrullestol eller trappeheis er det riktige tiltaket i hvert enkelt tilfelle, eller om mindre passiviserende tiltak er mulig. Dette utfordrer dreiningen fra institusjonsbasert omsorg til hjemmebaserte tjenester basert på mestring. En må unngå at hjelpemidler blir stående ubrukte i hjemmene til folk, eller på lager hos hjelpemiddeltjenesten.

Det er lite individuell tilpasning av hjelpemidlene, siden brukerne blir tildelt et hjelpemiddel fra lageret mens hjelpemiddelet som søkes på blir satt på lageret til neste søker. Dette er mye av årsaken til at hjelpemiddeltjenesten har rask responstid.

Behovet for hjelpemidler blir kartlagt og meldt til hjelpemiddeltjenesten for sent i den enkelte innbyggers rehabiliteringsprosess, noe som medfører forsinkelser i forløpet og forlenger institusjonsopphold. Behov for hjelpemidler meldes og håndteres i stor grad gjennom andre kommunikasjonskanaler enn Profil. Dette medfører risiko for håndtering på bakgrunn av mangelfull informasjon, kommunikasjonsvikt, samt brudd på taushetsplikt og GDPR. Kommunikasjon og tydelige samarbeidsprosedyrer med øvrige tjenester er en generell utfordring, også når hjelpemidler skal hentes etter dødsfall.

Hjelpemiddeltjenesten er lokalisert i leide lokaler på Leknes, noe som medfører avstand til leder, kollegaer og samarbeidsparter. Mange av hjelpemidlene er store og tunge, hus og atkomst er lite tilgjengelig, slik at levering, montering og henting er fysisk krevende arbeid. Lagring hos hjelpemiddeltjenesten er plasskrevende, samt at det kreves plass til rengjøring og vedlikehold.

Ansaret for montering av trygghetsalarmer er også lagt til hjelpemiddeltjenesten, mens Tildelingsenheten kartlegger og innvilger. Her bør også kartleggings- og tildelingsprosessen gjennomgås og kvalitetssikres. Mens det i utgangspunktet var skissert 20% stilling som rehabiliteringstekniker til dette brukes det i dag i overkant av 60% stilling. Det er også behov for økte ressurser til implementering av annen velferdsteknologi.

Dagens situasjon i Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i hva som er viktige aktiviteter for den enkelte innbyggeren å mestre i sin hverdag og tilbys personer over 18 år, som nylig har hatt et fall i funksjon og har fått utfordringer med hverdagslige aktiviteter. Denne tjenesten startet i Vestvågøy januar 2021. Det er et tverrfaglig team bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, alle i 100% stilling.

Utfordringsbilde:

Tjenesten fungerer i dag etter intensjonen, og er godt dimensjonert etter dagens behov. Hvis innsatsteam og forsterket helsehjelp i hjemmet skal innføres er det behov for å utvide teamet.

Dagens situasjon i Korttidsavdelingen

Korttidsopphold er et målrettet og tidsavgrenset opphold i institusjon med fokus på avklaring, egenmestring, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Hvem kan benytte seg av tjenesten

- Personer som har behov for utredning, diagnostisering og behandling i institusjon.
- Personer som har behov for opptrening og rekonvalesens for eksempel etter sykehusopphold.
- Personer som har behov for omfattende helsetjenester som ikke kan gis i hjemmet.
- Personer som har behov for kartlegging av framtidig omsorgsbehov/omsorgsnivå.
- Personer som har behov for lindrende behandling og pleie ved livets slutt.

I hovedsak kommer innbyggerne til korttidsavdelingen fra NLSH, noen kommer også hjemmefra via fastlege.

Utfordringsbilde:

Pr i dag tilbyr ikke korttidsavdelingen døgnrehabilitering etter hva som er pålagt kommunen gjennom forskrift for habilitering, rehabilitering og koordinator. Det er behov for å strukturere pasientforløpene slik at korttidsoppholdene tar utgangspunkt i innbyggerens mål, og at et tverrfaglig personell samordner tiltakene sine mot dette målet. Det er behov for ergoterapikompetanse, samt å styrke det tverrfaglige samarbeidet. Korttidsavdelingen er ikke utstyrt som en rehabiliteringsavdeling. Venting på hjelpemidler medfører at oppholdet blir forlenget. Det er behov for felles kartleggingsverktøy, og egen betjening på kjøkken.

Mottak av innbygger fra sykehus/hjem er utfordrende/tidkrevende. Papirer mangler, epikriser er ufullstendige, det er feil i medisinalister, det går mye tid til å rette opp. Sykepleier står stort sett for all pårørendekontakt via telefon. Samarbeidsmøter kommer ofte for seint i forløpet, lege deltar ikke, utfordringer i samarbeidet med pårørende og hjemmetjeneste kan forsinke utskrivelse.

Korttidsavdelingen har plass til 15 innbyggere, i tillegg til korttidsopphold er det i varierende antall innbyggere som venter på langtidsplass og til enhver tid 2 personer som er inne på rullerende avlastning. Det at det i hovedregelen er flere innbyggere på korttidsavdelingen enn det som avdelingen er dimensjonert for går ut over tilbudet.

Dagens situasjon på Legevakt (sykepleiefunksjonene)

Legevakt skal tilby hjelp til det som ikke kan vente når fastlegekontoret er stengt. Legevakten skal også hjelpe deg når du ikke er i nærheten av fastlegen din, for eksempel hvis du er på ferie eller reise. Hvis du tror det er akutt og står om liv, ringer du medisinsk nødhjelp 113.

Lofoten legevakt er lokalisert i en fløy tilknyttet Vestvågøy sykehjem. Driften i nye lokaler ble åpnet i desember 2014, som et interkommunalt samarbeid med Vestvågøy, Flakstad og Moskenes kommuner.

Sykepleier i vakt skal i tillegg til å administrere legevaktssentral være legens medhjelper i pasientrettet arbeid (blodprøver/andre typer prøver, EKG, tilrettelegge for lege som sutur o.l.), triage av pasienter på venterom og pasienter som ventes inn. Bestille forbruksmateriell og medisiner, passe på at vi til enhver tid har det utstyret som trengs. Kvalitetskontroll av alt utstyr. Kassekontroll (følge med regningskort, at utenlandske turister betaler, Helfo inntekter. Være i beredskap for store hendelser/ulykker, og kontakte kriseteam.

Utfordringsbilde:

Se utfordringsbilde KAD.

Dagens situasjon på KAD

I tillegg til legevaktsformidling drifter IKL 3 KAD plasser (kommunale akutte døgnplasser), KAD er også et interkommunalt samarbeid mellom Vestvågøy, Flakstad og Moskenes kommune, derav 3 plasser.

Alle kommuner skal ha kommunale øyeblikkelige hjelp plasser fra 1. januar 2016. I Samhandlingsreformen omtales kommunenes nye ansvar som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling.

KAD skal være et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

Kommunen har også et ansvar rundt transittpasienter, dette er en pasientgruppe som må ivaretas før de kan transporteres til videre behandling. Dette er stort sett pasienter med behov for tvangsinnlegging i Bodø, og som må ha kontinuerlig tilsyn.

Utfordringsbilde:

Utnyttelsesgraden av KAD er lav. Det er definert lokale innleggelseskriterier for psykiatridiagnoser og funksjonsnivå av KAD pasienter. Innleggelseskriteriene er gjennomgått og revidert.

Personellmessig er sykepleiefunksjonene på Legevakt sårbare (7,7 årsverk i tredelt turnus, annenhver helg). Dette medfører at ansatte har en mer belastende turnus enn øvrige helse- og mestringstjenester i kommunen, og gir utfordringer ved sykefravær og ferieavvikling. Sykepleierne på Legevakt har ledig kapasitet, spesielt dagtid.

Dagens situasjon på Forsterket helsehjelp/digital hjemmeoppfølging/virtuell avdeling

Virtuell avdeling (VA) er et konsept som er i internasjonalt bruk, eksempelvis i England, USA og Canada. VA er en strukturert organisering av tverrfaglig personell (fastlege, hjemmetjeneste, terapeuter), funksjoner og arbeidsprosesser, hvor innbyggerne som alternativ til å skrives inn i korttidsavdeling befinner seg i egne hjem. De fleste som har nytte av tilbudet er over 65 år, multisyke og har behov for helsetjenester fra kommunen.

Hovedintensjonen er å kvalitetssikre overgangsfasen for disse innbyggerne fra sykehus/korttidsavdeling til eget hjem, og gjøre den mest mulig sømløs. Innbyggeren blir møtt i eget hjem og får en systematisk og helhetlig vurdering av helsetilstanden av et tverrfaglig personell. Ved hjelp av validerte kartleggingsverktøy og screeninger blir innbyggernes totale behov for kommunale helsetjenester avdekket, inkludert medisinsk oppfølging.

Utfordringsbilde:

I Vestvågøy har vi vedtatt å etablere VA, arbeidet er i forberedelsesfasen.

Dagens situasjon på Innsatsteam

Et innsatsteam er et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut og saksbehandler fra tildelingstjenesten. Innsatsteamet kartlegger innbyggerens hjelpebehov, tilrettelegger bolig og følger innbyggeren opp i en tidsavgrenset periode.

Innsatsteamet tilbyr opptrening i dagliglivets aktiviteter slik at innbyggeren kan bli mest mulig selvhjulpent og har mulighet til å fortsette å bo hjemme. Innbyggerens ønsker og mål om aktivitet og deltakelse i eget liv er utgangspunktet i arbeidet. Innsatsteamet samarbeider med øvrig hjelpeapparat i kommunen ut fra innbyggerens hjelpebehov.

Målgruppen for innsatsteamet er innbyggere som tar kontakt med kommunen for første gang, eksempelvis i forbindelse med behov for enkle tjenester som for eksempel trygghetsalarm, matombringing, enkle ganghjelpemidler eller bistand til renhold. De får da tilbud om innsatsteam i forkant av vurdering av varig kompenserende tiltak.

Utfordringsbilde:

I Vestvågøy har vi vedtatt å etablere innsatsteam, arbeidet er i forberedelsesfasen og må sees i sammenheng med hverdagsrehabiliteringsteamet siden arbeidsoppgavene er overlappende.

Beskrivelse fra andre kommuner:

Vågan og Hadsel er organisert slik dette mandatet skisserer. Rehabiliteringstjenesten (fysioterapi, ergoterapi, hjelpemidler, evt HVR) er organisert sammen med korttidsavdeling. Noe flere korttidsplasser i Vågan enn i Hadsel.

Representanter fra begge kommunene sier at de er samorganisert, men at dette ikke nødvendigvis har ført til bedre samarbeid. De tilbyr ikke rehabilitering i den grad det er ønskelig og arbeider ikke så tverrfaglig som ønskelig. Korttidsavdelingene har en blanding av pasienter som er på korttid/venter på langtidsplass. Det er ulik oppfatning av antall med behov for rehabilitering i de to kommunene.

I Harstad er det en tilsvarende organisering i Helsehusets Korttids- og rehabiliteringsavdeling. Dette er en avdeling som tilbyr opphold for utredning, behandling og rehabilitering. Avdelingen har også ansvaret for kommunens KAD tilbud (kommunalt akutt døgntilbud).

Sammendrag fra intervju med to av dagens brukere i Vestvågøy kommune:

Det er ønskelig med mer trening på korttidsavdelingen, også ergoterapi, og en planlagt og trygg overgang tilbake til eget hjem. Det er for lang ventetid på hjelpemidler.

Gruppetrening hos fysioterapeutene gis det god tilbakemelding på slik det fungerer i dag, og det er ønskelig at tilbudet økes. Dette i kombinasjon med hverdagsrehabilitering får også god tilbakemelding.

Det kan ut fra disse intervjuene se ut til at det tverrfaglige samarbeidet og rehabiliteringskapasiteten i kommunen fungerer godt når det er spesielle forutsetninger (eksempelvis unge innbyggere med akutte traumer), slik at behovet er å legge en struktur som sikrer at dette fungerer hver dag for alle innbyggere.

Sammendrag fra tilbakemelding fra Rådet for personer med funksjonsnedsettelse:

Når det gjelder rehabilitering etter sykehusopphold (slag, alvorlige fysiske og psykiske plager av sykdom), behandling etter operasjoner. Ergoterapeut og spesialsykepleier skal (og gjør det nå) møte opp i hjemmet til pasienter for å kartlegge pasientens behov. Når det gjelder institusjon er ikke rehabiliteringen tilfredsstillende. Det er lite rehabilitering vedrørende slag – lårbensbrudd. Frisklivssentralen i Origobygget er så full at det er lang ventetid.

Sammendrag fra tilbakemelding fra legetjenesten:

Det må være klare føringer som sikrer at en ikke risikerer å stå uten sykepleier på legevakt. Samarbeidet med sykepleiere på legevakt er viktig for legene. Det er viktig å ha fokus på arbeidsvilkårene på særlig utsatte steder som legevakta er.

Innen rehabilitering vil det å få samlet de gruppene under samme tak være veldig bra, slik at en får en plass å henvende seg, felles adresse og felles ledelse. En bør samorganisere først, for så å samlokalisere. Uklare ansvarslinjer innen rehabiliteringsfeltet gir i dag en ekstra belastning for fastlegen.

Sammendrag fra tilbakemelding fra Kliniske Service Funksjoner Nordlandssykehuset Lofoten:

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: Noen pasienter vegrer for å dra til Vesterålen ut fra beliggenhet, så en kommunal, synlig rehabilitering for disse ville vært et bra alternativ.

Hverdagsrehabiliteringen i kommunen er et fantastisk godt tilbud i dag, vi hører masse skryt av tilbudet. Vår erfaring er at de som henvises dit får et tilbud, primært er det jo slagpasienter vi har kjennskap til. Det er lett og samarbeide med hverdagsrehabiliteringen.

Flott at det er en ergoterapeut i forhold til hjelpemidler og oppfølging der som er på plass nå. Viktig med oppfølging på nye hjelpemidler og opplæring til pasienten.

Bra med egne sengeplasser for rehabilitering med de ressursene som beskrives, høres bra ut. At hele personalgruppen skolerer på rehabilitering, slik at det blir et bredere rehabiliteringsfokus.

Det er noen pasientgrupper som faller mellom; de som ikke trenger hverdagsrehabilitering eller Ambulant Rehabiliteringsteam og skrives ut rett hjem. Noen av disse kan være litt sårbare. Usikker på om korttidsplass er riktig tilbud for de som tilbys, hvilket tilbud får de.

Sykehjem vegrer mange pasienter seg for. Noen pasienter varsler om at de blir liggende mye til sengs, de bør få mer fysioterapi under oppholdet.

Noen utskrives til kommunene for videre rehabilitering fra Fysikalsk Medisin og Rehabilitering ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, men får i realiteten ikke videre rehabilitering på korttidsplass i dag, så det vil være en stor bedring.

Mer ressurser til hjemmetjenesten hadde vært ønskelig, slik at de kunne fulgt opp rehabiliteringstiltak. Hvis hjemmetjenesten hadde litt bedre tid hos hver enkelt pasient kunne de bidratt til at pasienten får gjøre ting selv i stedet for at pleierne gjør alt. Gjøre pasientene mindre hjelpetrengende på sikt, men det er mer arbeidskrevende i oppstarten.

Sammendrag 1 fra tilbakemelding fra tildelingsenheten:

Mottar ikke søknader på rehabilitering, men på de tjenestene vi har (korttidsopphold eller opptrening). Korttidsavdelingen kan pr i dag ikke tilby rehabilitering, mangler tverrfaglig personale. Det er utfordrende å svare på forespørsler om rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten og pårørende, det er et lovpålagt tilbud som vi egentlig ikke har.

En samorganisering av hverdagsrehabilitering, fysioterapi, vil gi mindre sårbarhet, eksempelvis ved sykefravær. Det er behov for å knytte hjelpemiddeltjenesten nærmere terapeutene, slik at vi unngår unødvendig kompensering, og at korttidslån ikke utvikler seg til varig behov. Hjelpemidler til korttidsutlån bør kjøpes inn og lagres slik at de som har behov for det får tilgang, samt at vi etablerer et elektronisk registreringssystem hvor tilbakelevering følges opp.

Hverdagsrehabilitering arbeider godt, denne arbeidsmetoden bør utvides.

Det er behov for at innbyggere kan tilbys korttidsopphold fra hjemmet for opptrening og løft i funksjon. Også barn og ungdom har behov for rehabilitering/habilitering.

Vi har pr i dag ikke fungerende koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Vestvågøy.

Sammendrag fra tilbakemelding fra øvrige arbeidsgrupper, 08.12.22:

Retningslinjer for bemanning og KAD må følges.

Det er viktig å skape felles forståelse for funksjon.

Det er behov for å definere samarbeidet mellom palliativt team og fysio/ergo.

Denne arbeidsgruppen bør også se på hvordan Innsatsteamet og forsterket helsehjelp skal organiseres i samarbeid med HVR/rehab/hjemmetjeneste.
Foreslår at det gjøres en felles brukerundersøkelse for alle arbeidsgruppene før implementering.
Det må avklares hvor skal palliasjon, avlastning og venting på langtidsplass skal tilbys.
KAD plasser bør utnyttes bedre.

Det er ikke et poeng at det skal være fullt på KAD, dette begrenser beredskap på legevakt.
Det bør tydeliggjøres hvordan korttidsavdelingen skal brukes, og pasientflyten KAD-korttid forbedres.
Fastleger bør kunne legge pasienter inn på korttid, evt via KAD.

Det er behov for tydelighet i forhold til hvem/hvordan kontakte innen rehabilitering + dialog.
Pasientforløpet hjem – legekantor – KAD – korttid - hjem bør forbedres.

Det er behov for gode samhandlingsarenaer på tvers av helse og mestring, også med tildeling og FUI.
Kompetanse innen psykisk helse og rus må sikres i en slik enhet.
Generalistkompetanse, samt arbeid med felles verdier, rutiner og holdninger.
Det oppleves at KAD har for rigide regler for maks opphold i 3 døgn. Mer fleksibilitet vil være bedre i et brukerperspektiv.

Det er lite tilgjengelighet på hjelpemidler, det tar for lang tid å få svar og at hjelpemidlene kommer, rutinene og ansvarsforholdene er uklare. Det er behov for tettere samarbeid mellom korttidsavdeling, hjelpemiddelsentral, ergoterapeut og fysioterapeut. Skulle vært på samme hus. Korttidsavdelingen bør endre navn til noe som «harmonerer» med KAD – kommunal akutt døgnenhet. Antall avlastningsplasser bør opprettholdes slik totalen er i dag.

3. Tiltak med vurdering

Tiltak A:

Enhet Rehabilitering etableres, med tjenestene fysioterapi/ergoterapi, friskliv, hjelpemiddel, hverdagsrehabilitering, korttidsavdeling, KAD-plasser og legevakt (sykepleiefunksjonene)

Beskrivelse av tiltaket:

Enhet rehabilitering skal:

1. Etablere et faglig tyngdepunkt for Vestvågøy kommune sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være drivere for kommunens arbeid på feltet.

- Fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen i kommunen (unngå dobbeltarbeid, forbedre kommunikasjon og oppgavefordeling).
- Sikre en kunnskapsbasert praksis innen de ulike fagfeltene.
- Være en synlig ressurs for innbyggerne og den øvrige helse- og mestringstjenesten slik at de får tilgang til habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunen når de trenger det.
- Sikre et koordinert samarbeid med fastlegene.
- Tilby fleksible, sammenhengende, synlige og tilgjengelige tjenester.
- Sikre en god samhandling med spesialisthelsetjenesten.

2. Bemanne legevakt og KAD med sykepleiere som er faglig kompetente til å utføre varierte arbeidsoppgaver.

- Sikre rekruttering, stabilitet, faglighet og vedlikehold av ferdigheter og kunnskap hos sykepleierne.
- Ansette sykepleiere i så store stillingsbrøker som mulig.
- Følge nasjonale retningslinjer for prioritering av KAD-pasienter i størst mulig grad (inkludere flere pasientgrupper).

Enheten etableres med en enhetsleder og tre avdelingsledere.

1. Døgnrehabilitering (KDØR), bestående av tidligere korttidsavdeling, kartlegging, utredning og palliasjon.
2. Dagrehabilitering (KDaR), bestående av tidligere fysioterapi, friskliv, ergoterapi, hjelpemidler og hverdagsrehabilitering.
3. Legevakt (IKL) og Kommunal akutt døgnenhet (KAD).

For at lederspennet skal være bærekraftig (nærledelse) vil vi være avhengig av at funksjoner som fagsykepleier etableres innen KDØR og IKL/KAD. Funksjoner som teamkoordinatorer etableres på fysioterapi, friskliv, ergoterapi, hjelpemidler og hverdagsrehabilitering.

Fordeler med organisering av hverdagsrehabilitering i enhet rehabilitering: fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen i kommunen (unngå dobbeltarbeid, forbedre kommunikasjon og oppgavefordeling). Redusere sårbarhet ved fravær av terapeutressurser i hverdagsrehabilitering. Fagmiljø, faglig utvikling. Mulighet for samlokalisering med andre enheter vil kunne gi en annen vurdering på sikt.

Fordeler med organisering av IKL/KAD i enhet rehabilitering: arbeidstidsordninger i tråd med øvrige helse- og mestringstjenester. Oppgaver er redusert etter at Vågan har gått ut av IKL. Sykepleiere skal løse sykepleieoppgaver (ikke oppgaver som kan løses av helsesekretær). Sykepleiere bør være samlokalisert med øvrige tjenester som de er samorganisert med. Institusjonstjenesten samles på Leknes, KDØR vil ellers kunne bli sårbar på sykepleiesiden. Vil kunne lyse ut delte stillinger som gir større stillinger og en mindre sårbar turnus. Mulighet for samlokalisering med andre enheter vil kunne gi en annen vurdering på sikt.

Tilbud om avlastning eller midlertidig langtidsplass tilbys ikke som en del av enheten.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Vestvågøy kommune vil få et faglig tyngdepunkt innen rehabilitering som gir mulighet for spisset og tverrfaglig kompetanseutvikling, oversikt, koordinering og samhandling. For innbyggere sikres et tilbud på alle nivå i rehabiliteringspyramiden. En samlet organisering vil kunne gi mer oversikt for innbyggere og samarbeidende tjenester internt og eksternt.
- Medarbeidere/organisasjon
Utvikling av tverrfaglig kompetanse, økt samhandling.
- Ressursbruk/økonomi
Ved å prioritere ressursutløsende tjenester og koordinere samhandlende tjeneste slik at en i større grad arbeider i samme retning vil tiltaket fungere ressursbesparende.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Det anbefales at det iverksettes en arbeidsgruppe for implementering hvor arbeidet sluttføres juni 2023.

Tiltak B:

Innsatsteam samt forsterket helsehjelp/digital hjemmeoppfølging/virtuell avdeling (VA) foreslås etablert i enhet Hverdagsmestring

Beskrivelse av tiltaket:

Se beskrivelse under kartlegging av dagens situasjon. Vi anbefaler organisering i enhet Hverdagsmestring for å sikre eierskap i tjenesten i likhet med andre fagteam, men i tett samarbeid med enhet Rehabilitering (se Tiltak C). Bakgrunnen er sikring av pleieressurs i døgnturnus og samarbeid med fastleger.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Innsatsteam vil sikre mulighet til å bevare egen funksjon og utsette behovet for kompensierende tiltak. VA innebærer at en mottar behandling i eget hjem. At en unngår unødvendig bruk av korttidsopphold i institusjon gir større mulighet til å bevare egen funksjon.
- Medarbeidere/organisasjon
Dette er team som vil gå på tvers av kommunalområde Helse og mestring. Uansett organisering vil det kreves en tydelig strategi for tverrfaglige møtepunkter (se Tiltak C). Å sikre eierskapet i enhet Hverdagsmestring anbefales siden innbyggerne vil være i eget hjem samtidig som de vil ha behov for heldøgns tjenester.
- Ressursbruk/økonomi
Ved å prioritere ressursutløsende tjenester og koordinere samhandlende tjeneste slik at en i større grad arbeider i samme retning vil tiltaket fungere ressursbesparende.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Det anbefales at dette tas med som en del av arbeidsgruppe Hverdagsmestring, med iverksettelse innen juni 2023.

Tiltak C:

Dagens infrastruktur (pasientforløp, møtepunkter, IKT, dokumentasjon) gjennomgås og forbedres i egen forbedringsprosess

Beskrivelse av tiltaket:

Vi anbefaler at det iverksettes en arbeidsgruppe med hensikt i å implementere et kunnskapsbasert pasientforløp for rehabilitering i Vestvågøy kommune.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Et kunnskapsbasert og koordinert pasientforløp.
- Medarbeidere/organisasjon
Kompetanseutvikling og bedre samhandling
- Ressursbruk/økonomi
Ved å koordinere samhandlende tjeneste slik at en i større grad arbeider i samme retning vil tiltaket fungere ressursbesparende.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Vi anbefaler at prosessen iverksettes innen mars 2023.

Tiltak D:

Det opprettes to nye stillinger som ergoterapeut med ansvar for innbyggere på KDØR, og økning HVR som utvidelse Innsatsteam og VA

Beskrivelse av tiltaket:

Det er stort behov for å øke ergoterapikompetansen i Helse og mestring, spesielt for å kunne utøve tverrfaglige rehabiliteringstjenester på KDØR. Innføring av Innsatsteam og VA vil også kreve økt ergoterapikompetanse.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Mulighet for mestring av meningsfulle daglige aktiviteter.
- Medarbeidere/organisasjon

- Økt tverrfaglig samarbeid og kompetanse.
- Ressursbruk/økonomi
Økning med en stilling vil gi behov for økonomiske ressurser, evt i kombinasjon med å bruke eksisterende ressurser annerledes.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Anbefales snarlig utlysning for iverksettelse juni 2023.

Tiltak E:

Endring av 1 stilling som rehabiliteringstekniker til stilling som ergoterapeut med spesielt ansvar for barn

Beskrivelse av tiltaket:

Dette er et tiltak som allerede er planlagt og drøftet, men ikke gjennomført slik vi kjenner til. Det er et stort behov for å profesjonalisere hjelpemiddeltjenesten og å øke ergoterapikompetansen i Helse og mestring. Pr i dag tilbys ikke barn og unge ergoterapitjenester.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
En kunnskapsbasert hjelpemiddeltjeneste, samt at barn og unge får mulighet for mestring av meningsfulle daglige aktiviteter.
- Medarbeidere/organisasjon
Økt tverrfaglig samarbeid og kompetanse.
- Ressursbruk/økonomi
Omgjøring av stilling som rehabiliteringstekniker til stilling som ergoterapeut vil gi noe økte lønnskostnader. En profesjonalisering av hjelpemiddeltjenesten vil imidlertid kunne gi ressursbesparelser i forhold til at når kompensierende tiltak avventes gis innbyggeren mulighet til å trene opp og bevare funksjon i et lengre tidsperspektiv. Alternativt foreslås tilføring av ressurser til ny stilling.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Anbefales snarlig utlysning for iverksettelse juni 2023.

Tiltak F:

Det utvikles og implementeres en kompetanseplan på enhetsnivå som en konkretisering av overordnet kompetanseplan

Beskrivelse av tiltak:

Som supplement til overordnet kompetanseplan for Vestvågøy kommune og kommunalområde Helse og mestring vil det være behov for en egen kompetanseplan hvor tiltakene konkretiseres etter fagområder. Det vil eksempelvis være behov for heving av kompetanse på rehabiliteringsområdet, innen brukermedvirkning, kommunikasjon, endringsarbeid, palliasjon, psykiatri og rus, ernæring, demens, klinisk observasjonskompetanse og systematisk kvalitetsforbedring. Vi foreslår derfor at det nedsettes en arbeidsgruppe på tvers av enheten for utarbeidelse.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
En kunnskapsbasert rehabiliteringstjeneste.
- Medarbeidere/organisasjon
Økt kompetanse gir trygghet i tjenesteutøvelse, mestring og motivasjon
- Ressursbruk/økonomi

I hovedsak vil interne ressurser i kommunalområde Helse og mestring kunne benyttes for kompetanseøkning.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Vi anbefaler oppstart mars 2023.

Tiltak G:

Oppdatert oversikt, innkjøp, lagring, renhold og vedlikehold av hjelpemidler og øvrig utstyr

Beskrivelse av tiltak

Vi anbefaler at det nedsettes en arbeidsgruppe som får i oppgave å få en overordnet oversikt over hvilket rehabiliterings-/opptreningsutstyr og hvilke hjelpemidler til korttidsutlån som befinner seg innen kommunalområde Helse og mestring, at disse registreres i digitalt system, at ansvarsforhold avklares og prosedyre for innkjøp, lagring, renhold og vedlikehold legges i Compilo.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Raskere tilgang til hjelpemidler ved korttidsbehov, mer flyt i rehabiliteringsforløpet.
- Medarbeidere/organisasjon
Oversikt og mindre samhandlingsproblematikk på området
- Ressursbruk/økonomi
Investering i systematisering av korttidslager vil inntjenes i besparelser på hjelpemidler som forsvinner eller blir til varig behov, samt forlenget institusjonsopphold på bakgrunn av at korttidshjelpemidler ikke kan fremskaffes eller fremskaffes for sent.
Besparende totalt sett, innkjøp av nye hjelpemidler/nytt utstyr vil innebære kostnader.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Vi anbefaler oppstart høsten 2023.

Tiltak H:

Felles personalpolitikk og turnusordninger for Helse- og mestringstjenesten

Beskrivelse av tiltak:

Vi anbefaler at det tas en overordnet beslutning som ender i felles personalpolitikk og turnusordninger for de ulike yrkesgruppene i kommunalområde Helse og mestring. Fokus på heltidskultur, å virke rekrutterende, samt å unngå konkurranse/forskjeller innad i kommunalområdet. Enhet Rehabilitering vil da kunne forholde seg til disse i fremtidig organisering, eksempelvis hvordan personal- og fagmøter kan integreres i turnus.

Konsekvenser av tiltaket for:

- Brukere/tjeneste
Stabilitet i personalgruppa.
- Medarbeidere/organisasjon
Oversikt og mindre samhandlingsproblematikk på området
- Ressursbruk/økonomi
Besparende på bakgrunn av at det vil virke stabiliserende på personalgruppa.

Tidsperspektiv/mulig prosess for iverksettelse:

Vi anbefaler oppstart mars 2023.

4. Konklusjon og anbefaling

Nr	Beskrivelse	Konsekvens Brukere	Konsekvens Medarbeidere	Konsekvens Økonomi	Tids- perspektiv
A	Enhet rehabilitering	Oversikt, koordinerte og samhandlende tjenester	Tverrfaglig kompetanse, økt samhandling	Ressurs- besparende	Oppstart juni 2023
B	Innsatsteam og VA til enhet Hverdagsmestring	Bevare funksjon	Eierskap sikres	Ressurs- besparende	Oppstart juni 2023
C	Forbedret infrastruktur	Kunnskapsbasert og koordinert pasientforløp	Kompetanseutvikling og bedre samhandling	Ressurs- besparende	Oppstart mars 2023
D	Ergoterapeut KDØR og HVR/innsatsteam/VA	Mestring av meningsfulle daglige aktiviteter	Økt tverrfaglig samarbeid og kompetanse	Økt stillingsressurs/evt endring av annen stilling	Oppstart juni 2023
E	Ergoterapeut hjelpemidler/barn	Mestring av meningsfulle daglige aktiviteter	Økt tverrfaglig samarbeid og kompetanse	Økte kostnader med lønnsmidler til terapeut	Oppstart juni 2023
F	Kompetanseplan	Kunnskapsbaserte tjenester	Trygghet, mestring og motivasjon	Interne ressurser	Oppstart mars 2023
G	Hjelpemidler og utstyr	Raskere tilgang	Oversikt og mindre samhandlingsproblemer	Ressurs- besparende	Oppstart høsten 2023
H	Personalpolitikk og turnusordninger	Stabilitet i personalgruppa	Oversikt og mindre samhandlingsproblemer	Ressurs- besparende	Oppstart mars 2023

Hvis gruppa ikke blir enige, skal mindretallets forslag beskrives her.

Gruppa er enig i forslagene.