

# ETABLERING AV TVERRFAGLIG INNSATSTEAM I VEFSN KOMMUNE

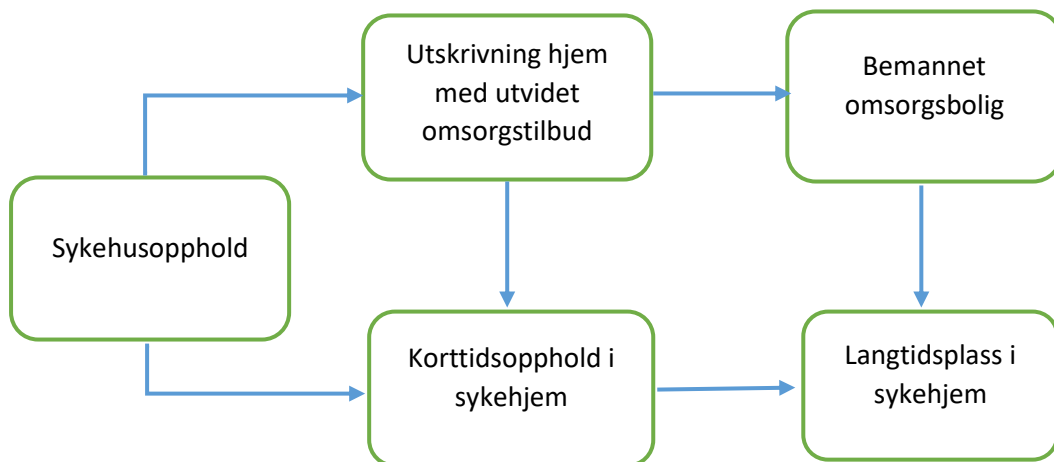
## Bakgrunn

Mange pasienter, særlig eldre, får et funksjonstap etter å ha vært innlagt i sykehus eller i korttidsavdeling i sykehjem, på grunn av sykdom eller ulykke. Funksjonstapet skyldes ofte at pasientene har flere helseutfordringer som inntreer samtidig (eksempelvis underernæring og skade etter fall).

Hvis pasienten i tillegg har boforhold som gjør det krevende å returnere til hjemmet mens pasienten er i redusert tilstand, vil den samlede situasjonen medføre at pasienten selv, pårørende og helsepersonell vurderer det som uforsvarlig med hjemreise etter sykehusoppholdet.

Beslutning om veien videre etter sykehusopphold, tas mens pasientene enda ikke har rukket å bli friske. Kort liggetid i sykehus gjør at man ikke får gjort en grundig vurdering av pasientens evne til å klare seg hjemme. Alternativet vil dermed ofte bli utskrivning til et opphold i korttidsavdeling på sykehjem.

For et betydelig antall pasienter blir funksjonstapet varig etter et slikt forløp. Pasientene kommer inn i et spor, hvor mangelfull oppfølging etter sykdommen/ulykken, i kombinasjon med passivitet og mangel på hverdagsaktiviteter, fører til en opplevd forståelse at et heldøgns omsorgstilbud er den eneste veien videre.



*Fig. 1 – pasientforløp med mangelfull oppfølging etter sykehusinnleggelse*

Erfaringer fra kommuner som har prøvd, viser at ved å gi pasientene tverrfaglig, målrettet og intensiv oppfølging etter sykehusopphold, vil et betydelig antall klare å gjenvinne sin funksjon og evne til å bo hjemme. Disse kommunene har i tillegg satset på velferdsteknologiske løsninger og dagtilbud.

## Utfordringsbildet i Vefsn

Vefsn kommune har nylig fått utarbeidet en rapport fra PwC, som viser betydelige utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen i kommunen, og det medførende økte presset på helse- og omsorgstjenestene fram mot 2050.

Særlig høyt vil presset på sykehjems plasser bli i årene framover. Det er pr. i dag 122 sykehjems plasser i Vefsn kommune. Selv om det er planlagt en økning, vil det ta flere år før nye sykehjems plasser er tilgjengelig. Og allerede i dag er det store kapasitetsutfordringer i sykehjemstjenesten.

Det vil derfor tvinge seg fram at helse- og omsorgstjenestene i Vefsn finner andre løsninger enn sykehjemsopphold for de aller fleste av sine eldre innbyggerne, med mindre det er absolutt tvingende nødvendig med institusjonsopphold.

De aller fleste innbyggerne ønsker å bo i sine egne hjem så lenge som mulig. Det er først og fremst når det oppleves som utrygt og uforsvarlig å bo hjemme, at ønsket om å flytte på institusjon melder seg. Parallelt med dette, er institusjons plasser et knapphetsgode som det vil bli stadig høyere terskel for å innvilget. Derfor må det prøves ut et bredt spekter av tiltak i hjemmet, før man lander på en løsning med opphold i sykehjem.

## Arbeidsgruppas anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres et tverrfaglig innsatsteam i Vefsn kommune, etter modell fra Rana kommune. Teamet bør jobbe fulltid, og ha et tett samarbeid med spesielt tjenestekontoret og hjemmetjenesten. Teamet bør bestå av ikke mindre enn 4 personer, aller helst 5, i 100 % stilling. Teamet bør inneholde følgende fagkompetanse:

- Sykepleier
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Helsefagarbeider
- Tekniker

Formål: Innsatsteamet skal gi intensiv, tverrfaglig oppfølging til hjemmeboende personer som har hatt et funksjonsfall pga. sykdom eller andre årsaker, slik at de så raskt som mulig kan gjenopprette sin evne til å bo hjemme.

Målgruppe: hjemmeboende pasienter som er innlagt i sykehus eller har opphold i korttidsavdeling (KTA).

Se nærmere beskrivelse av innsatsteamet i Rana, i referat etter befarng til Rana 15.03.23

(vedlegg, s. 8)

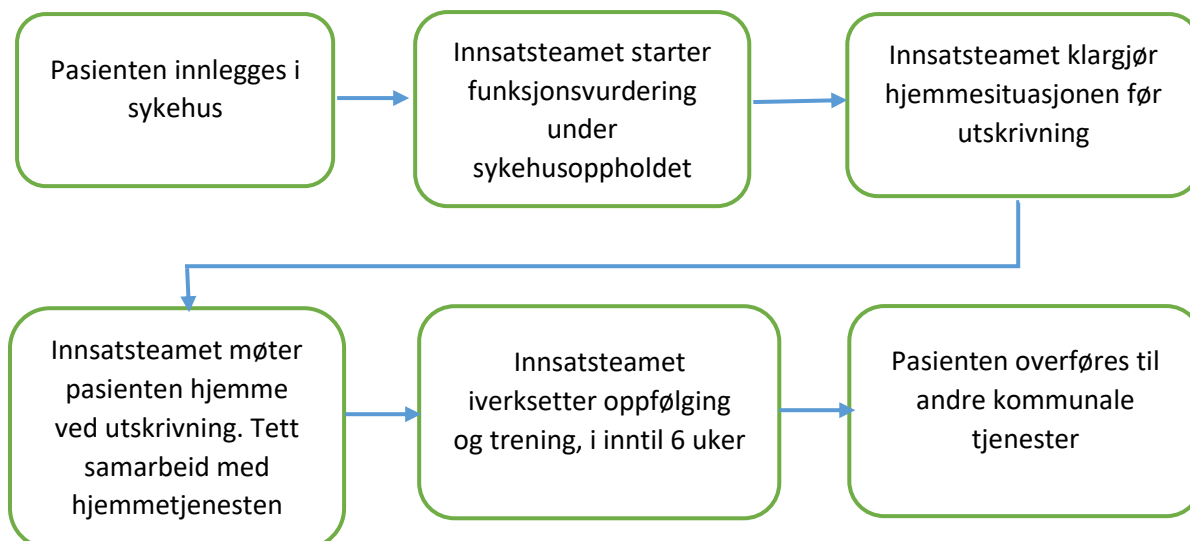


Fig. 2 – Innsatsteamets arbeidsmetodikk

### Innsatsteamets arbeidsmetodikk

Innsatsteamet skaffer seg så tidlig som mulig en oversikt over pasienter som er blitt innlagt i sykehus eller KTA, og når disse er planlagt utskrevet. Dette gjøres sammen med tjenestekontoret. Pasientene kartlegges grundig, og det lages en plan for oppfølging og tilrettelegging slik at mest mulig er klart når pasienten skrives ut til hjemmet. Innsatsteamet har daglig kontakt med sykehuset/KTA, og får i størst mulig grad kartlagt pasientens funksjonsnivå mens pasienten er innlagt.

Det er av stor betydning at både pasient, pårørende og sykehus-/KTA-personalet er innforstått med utskrivning til hjemmet så tidlig som mulig.

Ved utskrivning er det innsatsteamet som møter pasienten i hjemmet. Teamet besørger og ser til at pasienten har det hen trenger det første døgnet.

Eksempelvis:

- at det er handlet inn mat
- at oppdatert dokumentasjon er på plass (epikrise, medisinliste, m.m.)
- at pasientene har tilgang til medisiner
- at nødvendige hjelpemidler er på plass og den mest nødvendige tilretteleggingen i boligen er utført.

Siden innsatsteamet jobber dagtid, må hjemmetjenesten følge opp pasienten på ettermiddag/kveld og natt. Det er av stor betydning at teamet har tett kontakt med hjemmetjenesten, slik at denne overføringen skjer på en god måte. Det er også et sentralt poeng at hjemmetjenesten opplever en avlastning i forhold til dagens situasjon, hvor pasientene skrives ut direkte til hjemmetjenesten, som må gjøre alle avklaringene selv, i tillegg til de oppdragene som skal løses ute hos brukerne.

Morgenen etter utskrivning utfører innsatsteamet funksjonskartleggingen i hjemmet. Hva klarer pasienten selv, hva medfører utfordringer i morgenstell, toalettsituasjon, forflytning innen- og utendørs, tilberedning og inntak av måltider, m.m.? Innsatsteamet starter med opptrening og har

fortløpende kontakt med aktuelle samarbeidsinstanser, for å sikre at pasientens behov blir ivaretatt, og at alle involverte parter har tilgang til oppdatert informasjon.

I det videre forløpet vurderes pasientens utvikling fortløpende. Når teamet vurderer at pasientens funksjonsnivå er høyt og stabilt nok til at pasienten vil mestre hjemmesituasjonen ved hjelp av tilgjengelige, kommunale tjenester, overføres pasienten til videre oppfølging av disse.

#### Case:

Marie (83 år) er innlagt på sykehus med lungebetennelse. Hun er i tillegg underernært, og svært svekket etter sykdommen. På sykehuset har de satt i gang behandling med antibiotika, og hun anses som ferdigbehandlet derfra. Sykehuset har meldt til kommunen at hun vil trenge KTA, da hun knapt klarer å reise seg, og må ha følge av to pleiere bare for å gå bort til stolen i rommet.

Sykepleier og fysioterapeut fra innsatsteamet har besøkt Marie på sykehuset og funksjonsvurdert henne daglig siden dagen etter at hun ble innlagt. De ser at hun er på bedringens vei, og at hun tar til seg mer næring. Pårørende er likevel svært engstelige ved tanken på at hun skal reise hjem, og mener i likhet med de ansatte på sykehuset at hun må ha korttidsplass, fram til hun er blitt friskere.

I diskusjon med sykehuspersonalet argumenterer innsatsteamet med at Marie vil kunne klare å reise rett hjem, hvor hun vil få tett oppfølging av kommunens tjenester. Marie klarte seg godt hjemme før hun ble syk, og teamet har tro på at Marie vil friskne til når behandlingen og ernæringen gjør sin virkning. Etter faglige diskusjoner med sykehuspersonalet, støtter sykehuset kommunen i denne vurderingen, og hun blir utskrevet til hjemmet, til tross for at pårørende er uenige.

Når Marie kommer hjem, blir hun møtt av innsatsteamet. Der får hun prøvd å bevege seg rundt i stua, og på toalettet, sammen med fysioterapeut. Det er montert toalettforhøyer og trygghetsalarm. Pårørende har handlet mat, og medisinene som Marie trenger de første dagene, er på plass. For ekstra trygghet, monteres også en sensor på soverommet, som vil gi hjemmetjenesten beskjed dersom Marie skulle falle der inne.

Marie synes det var godt å komme hjem, og matlysten kommer gradvis tilbake. Etter tre uker med tett oppfølging av medisineringsen, og trening hver ukedag, er hun tilbake i samme form som tidligere. Teamet avslutter sin oppfølging, og overfører henne til hjemmetjenesten. Marie får også tilbud om å delta i treningsgruppe 3 x i uka. Det trives hun veldig godt med. Der treffer hun flere kjente, og møter også folk fra innsatsteamet, som leder treningen og spør hvordan det går med henne.

## Samarbeid med sykehuset

I Rana har innsatsteamet oppmøte på sykehuset hver ukedag, for å møte de inneliggende pasientene, gjøre egne funksjonsvurderinger og få gjort nødvendige avklaringer med sykehuspersonalet. Det er av stor betydning at både pasientene og sykehuspersonalet tidlig blir forberedte og innstilte på at de aller fleste pasientene skal skrives ut til hjemmet.

Tidligere var det en utfordring at sykehuspersonalet dannet seg en oppfatning av pasientens evne til å bo hjemme, ut fra et øyeblikksbilde i avdelingen. En underernært pasient med lungebetennelse og betydelig svekket almenntilstand, ble fort vurdert som ute av stand til å bo hjemme. Erfaring tilsier imidlertid at pasientene ofte får et høyere funksjonsnivå bare ved å trå over terskelen til eget hjem. Innsatsteamet i Rana erfarte mye skepsis fra sykehuspersonalet i starten. Dette har endret seg mye, etter at sykehuspersonalet fikk høre hvordan det gikk med de utskrevne pasientene, og fikk erfaring med arbeidsmetodikken til innsatsteamet.

En annen betydelig endring i Rana, er at sykehuspersonalet ikke lenger lover pasientene tjenester på vegne av kommunen. Dette skapte tidligere mye frustrasjoner, både i det kommunale tjenesteapparatet og hos brukere og pårørende. Sykehuspersonalet kommuniserer nå til pasientene og pårørende, at pasienten vil bli ivaretatt av de kommunale tjenestene, og at det er kommunen som vurderer hvilket tjenestetilbud pasienten skal få. Dersom det er uenigheter mellom sykehuspersonalet og innsatsteamet, diskuteres de ulike synspunktene uten pasientenes og pårørendes påsyn.

Sykehuset i Rana har sett en stor gevinst av innsatsteamets arbeid, ved at Rana kommune har fått til en drastisk reduksjon i antall inneliggende, ferdigbehandlede pasienter. Siden innsatsteamets oppstart, har antallet liggedøgn pr. år av pasienter fra Rana, gått ned fra ca. 1 500 til 500. I tillegg til en betydelig frigjøring av kapasiteten på sykehuset, har Rana kommune spart over 5 300 000,- i året, kun ved dette grepet. På toppen av det, bidrar innsatsteamet til å redusere presset mot sykehjemmene.

Det er verdt å merke seg, at mens Rana har hatt en synkende trend i antallet liggedøgn de senere årene, har Vefsn i skrivende øyeblikk en stigende trend. Vefsn har dog hatt et langt lavere andel liggedøgn enn Rana.

Med de endringene som planlegges i Helgelandssykehuset, hvor avd. Mosjøen kan miste sin heldøgns sengepost, vil det i framtiden bli en utfordring for innsatsteamet å ha samme samarbeidsform med sykehuset som den man har i Rana. Særlig muligheten til å møte og funksjonsvurdere pasientene mens de er inneliggende, vil bli krevende.

Det må en ekstra innsats til fra både kommunen og sykehuset for å kompensere for den fysiske avstanden. En mulig løsning er at pasientene fra Vefsn utskrives til KTA ved Vefsn sykehjem, og at innsatsteamet gjør sine funksjonsvurderinger der. I så fall er det av stor betydning at alle involverte parter er innforstått med at oppholdet på KTA kun er et vurderingsopphold, med sikte på hjemreise med oppfølging fra innsatsteamet etter kun noen få dager.

## Organisering og dimensjonering

I Rana kommune er innsatsteamet organisert under, og samlokalisert med, tjenestekontoret. Leder for tjenestekontoret er nærmeste leder. I de samme lokalene oppholder også hele hjemmetjenesten (for brukere i privat bolig) seg. Rana kommune erfarer at de er fornøyde med organiseringen, og framhever at samlokaliseringen virker positivt for samarbeidet.

I Vefsn kan det bli utfordrende å få til en slik samlokalisering fra oppstart, på grunn av manglende lokaler. Det er like fullt viktig med et tett samarbeid mellom teamet og tjenestekontoret.

Arbeidsgruppa foreslår 2 ulike alternativer:

a) Innsatsteamet opprettes med helt nye stillinger, og bygges opp fra grunnen. Det er den sikreste måten å få med seg de rette folkene fra starten, som er motivert for oppgavene og den dynamiske arbeidsmetodikken til teamet. Dette vil gi Vefsn kommune best effekt, i form av redusert press på tjenestene. Innsatsteamet organiseres under tjenestekontoret, som i Rana. Det vil bli en utfordring å finne egnede lokaler for teamet, som legger godt til rette for tett samarbeid med hjemmetjenesten.

b) Innsatsteamet starter opp som en utvidelse av dagens hjemmerehabiliteringsteam, slik man også gjorde det i Rana. Ved å gjøre det slik, vil teamet være lokalisert ved Vefsn sykehjem, befinne seg fysisk nært (innenfor ca. 100 m) de tre «ute» sonene i hjemmetjenesten, korttidsavdelingen og rehabiliteringstjenesten. Man kan benytte eksisterende kontorfasiliteter, selv om det vil by på kapasitetsutfordringer. En utfordring ved å etablere innsatsteamet på denne måten, er at man ikke står fritt til å rekruttere inn ansatte som har akkurat de rette egenskapene og den rette erfaringen til å jobbe i innsatsteamet. Det kan medføre at man ikke får hentet ut full effekt av innsatsteamet fra dag én.

Innsatsteamet bør ha en teamleder, som deltar i samarbeidsmøter, utvikler og tilpasser teamets arbeidsmetode og koordinerer arbeidet mot de andre tjenestene.

For at innsatsteamet skal være mest mulig operativt, ha tilstrekkelig kapasitet og nok fleksibilitet til å håndtere fortløpende og uforutsette hendelser knyttet til utskrivninger, anbefaler arbeidsgruppa at alle i teamet har 100 % stillinger. Det vil i henhold til forslag

- a) bety 5 x 100 % nye stillinger
- b) bety en utvidelse fra dagens 3 x 50 % stillinger i hjemmerehabiliteringsteamet, til 5 x 100 % stillinger i det nye innsatsteamet.

I tilfelle alternativ b), vil Innsatsteamet også måtte løse oppgavene til hjemmerehabiliteringsteamet. Dette kan by på prioriteringsutfordringer, da hjemmerehabilitering er en mer avklart og langsiktig prosess, mens innsatsteamet arbeider dynamisk for å løse fortløpende og mer uforutsigbare problemstillinger. Dette er en utfordring også i Rana.

Arbeidsgruppa mener at et langsiktig mål må være at innsatsteamet blir samlokalisert med hjemmetjenestene og tjenestekontoret, den dagen framtidens helse- og omsorgsbygg i Vefsn står klart. Da bør innsatsteamet organiseres under tjenestekontoret, som i Rana.

### Innsatsteamet og velferdsteknologi

Innsatsteamet bør, i samarbeid med tjenestekontoret, bidra til at bruk av velferdsteknologi rulles systematisk ut i helse- og omsorgstjenestene i Vefsn, i et langt større omfang enn i dag. Som et bilde på forskjellen mellom Rana og Vefsn pr. nå, nevnes at Rana kommune har tatt i bruk 130 automatiske medisindispensere, mens Vefsn har 10 stk.

Et bærende prinsipp i kommuner som har lyktes med å implementere velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene (som f.eks. Rana og Bodø), er at det ikke er utøvende helsepersonell som utfører oppgavene med å klargjøre og montere utstyret. Dette ivaretas av egne «velferdsteknikere».

I Rana er det en egen tekniker i innsatsteamet, som i tillegg til å klargjøre og montere opp velferdsteknologisk utstyr (trygghetsalarm, falldetektor, m.m.), også skaffer til veie og monterer andre tekniske hjelpemidler i hjemmet (toalettførhøyer, terskeleliminatorer, m.m.). Rana understreker viktigheten av denne funksjonen i innsatsteamet. At dette utstyret er på plass og fungerer når brukeren kommer hjem, er av stor betydning for pasient og pårørendes opplevelse av trygghet, samt at det avlaster hjemmetjenesten, som overtar ansvaret for pasienten allerede samme ettermiddag etter utskrivning.

At det er innsatsteamet, som i samarbeid med tjenestekontoret vurderer og monterer velferdsteknologisk utstyr, medfører at teknologien rulles ut på tvers av hjemmetjenestesonene. Det vil ikke lenger være kapasitet og kompetanse hos personalet ute i hjemmetjenestene, som styrer hvor mye velferdsteknologi som blir tatt i bruk.

Det er viktig at «velferdsteknikeren» i innsatsteamet har et tett samarbeid med de som jobber med velferdsteknologi på systemnivå, slik at utstyret er testet og fungerende fra det er oppmontert.

## VEDLEGG

### REFERAT ETTER MØTE MED INNSATSTEAMET I MO I RANA

Dato: 15.03.23

Klokkeslett: 11:30 – 13:30

Sted: Innsatsteamet og hjemmetjenesten i Rana kommunes lokaler i Mellomvika 5

Til stede:

- Fra arbeidsgruppa i Vefsn: Mona Hansen Pettersen, Kristina Solhaug Paulsen, Michael Bjørsvik Dahle, Hans Leo Dagsvik
- Fra innsatsteamet i Rana: Tonje (fysioterapeut), Julie (leder)

Historikk: Teamet startet opp som hjemmerehabilitering/hverdagsrehabilitering, med 4 personer i 50 % stilling. De erfarte at de ikke nådde brukerne tidlig nok, og at de kom for sent inn i forløpet (eks. etter lårhalsbrudd). De innså at teamet måtte jobbe på en annen måte. Teamet la gradvis om arbeidsmåten sin, til de etter hvert endret navnet til «Innsatsteam i hverdagsrehabilitering», i daglig omtale: Innsatsteam.

Rana kommune hadde store utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra HSYK. Da teamet ble opprettet hadde kommunen 1500 betalingsdøgn i året. Dette er nå redusert til ca. 500. Rent økonomisk utgjør besparelsen over 5 000 000,- i året for kommunen.

Status for innsatsteamet pr. i dag: Fram til april -23 teller teamet 7 personer, som alle jobber i 100 % stillinger i teamet. Alle jobber kun ordinær dagtid, men er fleksible hvis f.eks. utskrivning skjer senere enn avtalt.

Fra april -23 blir teamet utvidet til 9 årsverk:

- 2 x sykepleier
- 2 x fysioterapeut
- 2 x helsefagarbeider
- 2 x teknikere
- 1 x ergoterapeut

Da teamet ble opprettet, tok man ressurser fra de eksisterende tjenestene (hjemmetjenesten, rehabiliteringstjenesten). Dette medførte noe samarbeidsproblemer med de aktuelle tjenestene. Den siste utvidelsen av teamet er finansiert av nye budsjettmidler fra kommunestyret.

Organisering: Innsatsteamet er underlagt tildelingskontoret. Teamet har flat struktur (ikke egen teamleder), men i praksis er det Tonje som stiller i møter og som utfører administrative oppgaver knyttet til teamet. Dette fordi hun har vært med siden oppstarten, og kjenner strukturene godt.

Innsatsteamet er samlokalisert med hjemmetjenesten og tjenestekontoret, og i samme bygg som lokalmedisinsk senter.



Arbeidsmetodikk: Teamet starter dagen ved å møte tildelingskontoret og gå gjennom listene over innlagte pasienter i sykehus. 1 – 2 i teamet (helst 2, og helst tverrfaglig) drar opp på sykehuset, møter pasientene, vurderer og diskuterer funksjonsnivå med sykehuspersonalet og legger en plan for utskrivning. Oppfølgingen fra teamet starter allerede dagen etter at pasienten er innlagt i sykehus.

Når pasienten skrives ut fra sykehuset, er det innsatsteamet som møter pasienten hjemme. Da er det gjort de nødvendige forberedelser og tekniske (herunder velferdsteknologiske) hjelpemidler er bestilt eller på plass. Teamet ser til at pasienten har medisinerne sine, og at pasienten klarer å utføre det nødvendige for å kunne bo hjemme. På ettermiddag overtar hjemmetjenesten oppfølgingen av pasienten. Viktig at mest mulig er gjort klart, slik at hjemmetjenesten kan gå rett inn og gjennomføre sine oppdrag, uten ekstraarbeid.

Morgenen etter hjemkomst gjennomfører teamet morgenstell, og starter en grundig kartlegging av hva beboeren klarer selv i hjemmet. Teamet gjør sårstell, opptrening, vurderer multidose, medisindispenser osv. Innsatsteamet følger opp pasientene i opptil 6 uker etter utskrivning. I denne perioden er det teamet selv som utfører alle oppgavene (unntatt tilsyn og evt. oppdrag på kveld/natt/helg).

I tillegg til disse pasientene, bistår innsatsteamet også hjemmetjenesten med vurderinger av pasienter som har hatt et funksjonsfall eller som får nye behov.

Innsatsteamet ivaretar også i all hovedsak pasienter som har behov for hverdagsrehabilitering.

Innsatsteamet driver også 3 treningsgrupper, med påfølgende sosialt samvær. Svært populært tiltak. Alle gruppene er fulle, og det er ventelister. Pasienter som har hatt oppfølging av innsatsteamet, overføres ofte til disse treningsgruppene. Her kan teamet følge med på utviklingen deres, og evt. kontakte tjenestekontoret dersom de ser endringer i behov.

Selv om alle i teamet er like viktige, trekkes det fram hvor viktig det er å ha teknikere som er tilknyttet teamet. Rask responstid og evne til å finne gode løsninger er et av de største suksesskriteriene. Det er ikke enkelt å definere kompetansekrav til disse stillingene. God teknisk innsikt, interesse for teknologiske løsninger og gode sosiale ferdigheter blir trukket fram som essensielt.

Velferdsteknologi: Rana kommune har satset tungt på velferdsteknologi, og har bl.a. ca. 130 automatiske medisindispensere (Evondos). I tillegg utstrakt bruk av trykghetsalarmer, room-mate, døralarmer m.m. Har lyktes godt med implementeringen av teknologien. En forutsetning at teknikerne avlastet pleiepersonalet med mye av det praktiske rundt de teknologiske hjelpemidlene.

Viktige erfaringer:

- Den første tiden teamet oppsøkte pasientene på sykehuset, ble de møtt med mistenksomhet av sykehuspersonalet. De ansatte i sykehuset opplevde at teamet overprøvde deres funksjonsvurderinger, og stolte ikke på at kommunen vurderte pasientene som mer egnet til å klare seg hjemme, enn de selv gjorde. I sykehuset var det vanlig å love pasientene korttidsopphold og/eller langtidsplass etter utskrivning, noe som ofte skapte forventninger som ikke kunne innfris. I tillegg er det kjent at pasienter ofte klarer seg langt bedre hjemme, enn hva man oppfatter når de er i institusjon. Med de aller fleste går det bra. Det oppleves faktisk som en risiko for varig funksjonstap hvis de skrives ut fra sykehus til korttidsavdeling. I KTA er det for lite fokus på å klare seg selv i hverdagen. Rana kommune vurderer om innsatsteamet skal begynne å jobbe på samme måte mot KTA som mot sykehuset.

- Personlig egnethet hos de som jobber i teamet er av vesentlig betydning. Man må være en person som tåler litt motstand, fra både pasienter, pårørende og annet helsepersonell, og som kan argumentere godt for at pasientene vil klare seg hjemme med den hjelpen de får. Man må også ha gode samarbeidsevner, og stor grad av fleksibilitet i forhold til oppgavene som skal løses, samt noe fleksibilitet i forhold til arbeidstid. Det siste er særlig knyttet til utskrivning fra sykehus, pga. at en del pasienter blir skrevet ut ved normalarbeidsdagens slutt. På den andre siden, har alle i teamet fulle stillinger og jobber dagtid, som anses som et gode for mange i helsevesenet. Det er populært å jobbe i teamet, og ved ledighet kan de plukke «fra øverste hylle».
- Man ser fordelene ved at noen i teamet har forskjøvet arbeidstid, slik at det er mer forutsigbart at teamet er tilgjengelig også utover ettermiddagen.
- Teamet bør jobbe nært hjemmetjenesten. Det er denne tjenesten som i størst grad overtar pasientene når teamet er ferdig med sin oppfølging, og som betjener pasientene på ettermiddag/kveld/helger rett etter utskrivning. Teamet er opptatt av å legge forholdene best mulig til rette for hjemmetjenesten. Ved overføring får hjemmetjenesten en detaljert «ferdigpakke» med grundige utredninger, korrigert medisinliste osv.
- Viktig med gode rutiner på medisinbehandlingen!
- Det er viktig med holdningsendringer hos alle i tjenestene. Viktig at man ikke institusjonaliserer pasientene unødig. Mye kan løses i hjemmet. Klarere definere når man MÅ ha en KTA. Svært stor betydning hva som kommuniseres til pasienter og pårørende.
- Pasienter med kognitiv svikt er de vanskeligste pasientene å skrive ut til hjemmet. Alltid en usikkerhet knyttet til hva de kan finne på hjemme. I tillegg er de pårørende ofte utslitte og svært engstelige.

MØTE MED 3 REPRESENTANTER FRA HSYK AVD. RANA (leder for medisinsk avd, avd. sykepleier og leder for fysio- og ergoterapitjenestene)

Bekrefter at det ikke var en optimal start på samarbeidet med innsatsteamet. Gikk mye på kommunikasjon og informasjon. «Plutselig» var teamet inne i avdelingen og stilte mange spørsmål. På sykehuset opplevde de at kommunen ville overprøve deres vurderinger.

Nå ser sykehuset stor gevinst av jobben som innsatsteamet gjør. Man jobber aktivt for å videreutvikle samarbeidet.

De ansatte i sykehuset hadde tidligere klare oppfatninger av omsorgsnivået til pasientene. Det har endret seg mye. De erkjenner nå at de visste for lite hva pasientene kunne klare hjemme, samt hjemmeforholdene. Ser at pasientene får et annet funksjonsnivå når de kommer hjem (allerede når de får på seg sine egne klær), og risikoen for at de fort blir hospitaliserte.

Sykehuset lover ikke lenger tjenester på vegne av kommunen. De har også lært seg til å stole på kommunens vurdering og erkjenner at det er kommunens ansvar. Det har vært en omstilling, særlig for de som jobbet nærmest pasientene. Men etter hvert ser de at det går bra med de aller fleste. Kun noen få reinnleggelser.

Viktig for tilliten og samarbeidet at det er fysiske møter mellom innsatsteamet og de ansatte i avdelingene (dette kan bli en utfordring å få til for Vefsn mtp. avstand). Ved faglig uenighet, tas nå diskusjonene «bak lukkede dører», ikke foran pasienter/pårørende eller i korridor.

De ser stor effekt ved at Rana kommune nå tar imot utskrivningsklare pasienter langt raskere enn før. Mindre opphopning på sykehuset. Det er langt bedre for pasientene å komme hjem enn å ligge «på passiv oppbevaring» på sykehuset, med risiko for infeksjoner m.m. Viktig at teamet møter pasientene tidlig og flere ganger før utskrivning. Da ser de utviklingen. Det skaper trygghet. Tverrfaglighet er av stor verdi.

For sykehuset er det viktig at innleggelsesrapportene er informative ift. funksjonsnivå før akutt sykdom.

Det er ønskelig med månedlige samarbeidsmøter med kommunen. Dette skal prioriteres framover, selv om det ikke blir meldt inn aktuelle saker i forkant. Man ser stor verdi av å møtes, diskutere status, m.m. Alltid viktige ting å snakke om.

Fokus på bedre kartlegging av pasientene ute i kommunen for å hindre flere innleggelser. Man må huske på at innleggelser i seg selv er en risiko for særlig de multisyke pasientene (fall, bakterieutløst pneumoni, andre infeksjoner, immobilitet etter ferdigbehandling).

Bra at hjemmetjenestene er i gang med mer systematisk kartlegging (NEWS, febermål, CRP, ernæring/vekt...)

Viktig med behandlingsplaner ute i kommunene som beskriver hva som må gjøres ved funksjonsfall, slik at alle er informert om det.

Også sykehuset skal i gang med å innføre pleieplaner i sitt journalsystem. Det skal settes klare behandlingsmål. Da kan man forberede utskrivning bedre, og blant annet få justert utskrivningstidspunktet, som er en felles utfordring for både sykehuset og kommunen.

Det er en utfordring for sykehuset å få kontakt med fastlege på kort varsel.

Sykehuset har også en utfordring ved at det er enorm opphopning av arbeidsoppgaver rundt kl. 15. da skal «alt» skje, samtidig som det er vaktbytte.