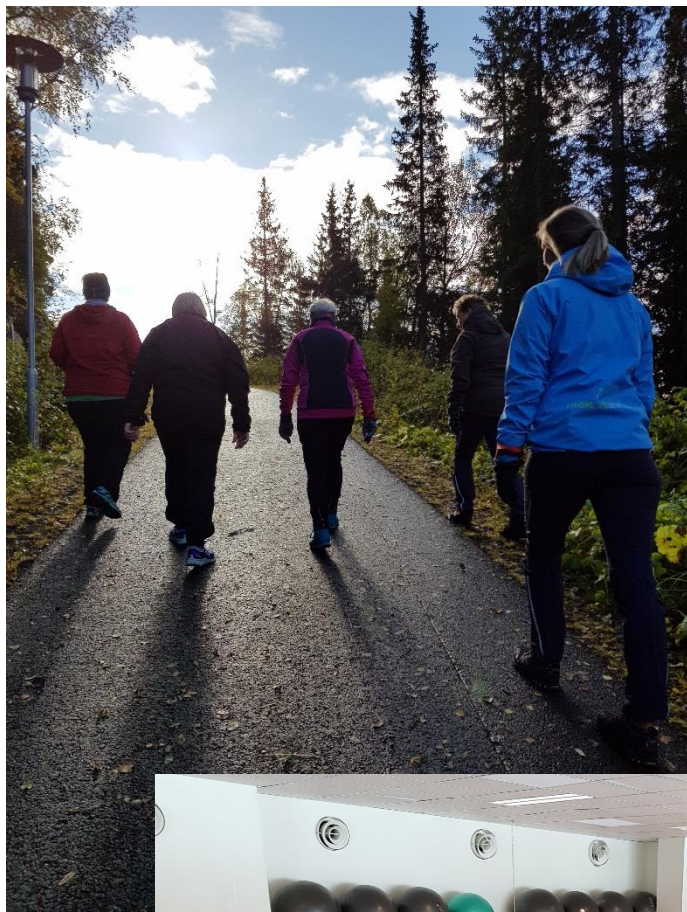


Rehabiliteringsplan

2023 - 2027 Vefsn kommune



Innhold

1. Planprosess.....	3
2. Hva har skjedd siden forrige Plan for habilitering og rehabilitering 2018 – 2022.	4
3. Oppsummering av Workshop – 10. mai 2022.....	7
4. Beskrivelse av tiltak – ulike nivå i Rehabiliteringspyramiden	9
4.1 Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for tjenester	9
4.1.1 Hverdagsmestring i alle tjenester i helse- og omsorg	10
4.1.2 Læring og mestringstilbud	10
4.1.3 Byparken seniorsenter	11
4.2 Hverdagsrehabilitering	13
4.2.1 Frisklivssentralen	14
4.3 Rehabilitering i hjemmet, rehabilitering/innsatsteam	15
4.3.1 Hjemmerehabilitering	15
4.3.2 Rehabiliteringsforløp	16
4.3.3 Poliklinisk behandling og hjemmebehandling av fysioterapeut	17
4.3.4 Ergoterapi og hjelpemiddelformidling	19
4.4 Rehabilitering i institusjon kommune	21
5. Tiltak rehabiliteringsplan	22
5.1 Behandlingsplan rehabilitering – ikke kostnadskrevennde	22
5.2 Innføre felles kartlegging- og vurderingsverktøy for rehabiliteringsforløp – ikke kostnadskrevennde	22
5.3 Organisere rehabiliteringsteam innenfor dagens ramme – ikke kostnadskrevennde.....	22
5.4 Sørge for god informasjon mellom tjenestenivå for å sikre behovet rehabilitering	23
5.5 Forebyggende rehabiliteringsopphold - rullering for rehabilitering.....	24
5.6 Øke ressurser til hjemmerehabilitering – kostnadskrevennde.....	24
5.7 Etablere ordning med hjemmetrenere i hjemmetjenesten	27
5.8 Øke ressurs fysioterapi 1 årsverk - rehabiliteringstjenesten	27
5.9 Etablere 5 senger i kommunal institusjon for å ivareta rehabilitering i institusjon, forebyggende rehabiliteringsopphold og rulleringsopphold - når det er etablert flere kommunale institusjonsplasser - kostnadskrevennde	28
5.10 Etablere dagrehabilitering som nytt trinn i rehabiliteringsforløpet	29
6. Oppsummering tiltaksplan.....	30

1. Planprosess

I forbindelse med utredningen av Fremtidens omsorgstjenester i Vefsn kommune er det blitt bedt om å utarbeide en ny plan for rehabilitering.

Følgende er bedt besvart ut i planen:

- Rehabilitering i kommunal institusjon
- Hjemmerehabilitering
- Poliklinisk oppfølging
- Forebygging

Arbeidsgruppa har bestått av følgende:

Michael Bjørsvik Dahle, avdelingsleder rehabiliteringstjenesten

Kristina Paulsen, avdelingsleder korttidsavdelingen

Turid Mæhre Olsen, representant fra eldrerådet

Monica Beiermann, ergoterapeut

Ellen Marie Abrahamsen, fysioterapeut og representant samarbeidsutvalget

Lill Inger Reinfjell, enhetsleder helsetjenesten

Det har vært 7 møter i arbeidsgruppa.

Det har vært avholdt workshop med brukerorganisasjoner 10. mai 2022.

Planen har vært sendt ut på høring og det er kommet to høringssvar på planen.

2. Hva har skjedd siden forrige Plan for habilitering og rehabilitering 2018 – 2022.

I punkt 9 i plan for habilitering – og rehabilitering 2018 – 2022 Vefsn kommune er det listet opp en tiltaksplan. Dette er utgangspunktet for å vurdere hva som er gjennomført i planperioden.

1. **Ressursteam – habilitering utredning** – Ikke gjennomført

Det er ikke gjennomført noen kartlegging og arbeid knyttet til dette punktet. Det handler spesielt knyttet til oppfølging av palliative barn (alvorlig syke barn med kort forventet levetid) og deres familier. Det har vært søkt om prosjektmidler for å få på plass et palliativt team for barn her i Vefsn – men dette har vi fått avslag på. Da det er snakk om ressurser er dette et punkt som må løftes videre til strategisk ledernivå i kommunen.

2. **Etablering av ressursteam – habilitering** – ikke gjennomført

Se kommentar punkt 1.

3. **Etablering av hverdagsmestring som metode i hjemmebasert omsorg - gjennomført**

Dette er gjennomført. I dag er det faste ukentlige møter med alle avdelinger i hjemmetjenesten.

4. **Kartlegge behov og etablere gruppetilbud for revmatikere – delvis gjennomført**

Det er etablert et diagnose uavhengig treningstilbud i basseng i regi av fysioterapeut. Utover dette er revmatikere en gruppe som får tjenester etter behovsvurdering og har ingen egne spesifikke tilbud. Frisklivssentralen vil bistå revmatikerforbundet ved behov for opplæring/veiledning av instruktører.

5. **Eldrekonsulent – oppsøkende forebyggende hjemmebesøk til eldre - gjennomført**

Det er ansatt sykepleier i 100 % stilling ved Byparken seniorsenter for å ivareta helsestasjon for eldre, forebyggende hjemmebesøk for alle som fyller 78 år. Sykepleier inngår også som en del av tjenestetilbudet inne på Byparken seniorsenter.

6. Utredning; Eldresenter/ aktivitetshus – samordning av forebyggende tiltak knyttet til eldre i Vefsn kommune - gjennomført

Byparken seniorsenter er etablert med til sammen 2,75 årsverk. Det er et tjenestetilbud for seniorer der det vektlegges fysisk aktivitet, sosial tilhørighet og aktiv hverdag. Det var i utgangspunktet planlagt med et besøkstall på mellom 60 eller 100 besøk i uken. I dag er det et snitt på ca. 200 besøk hver uke.

7. Kartlegge behov for tjenester fra ambulerende team – habiliteringstjenesten - Ikke gjennomført

8. Økt ressurs ergoterapi og hjelpemiddellager – delvis gjennomført

Det var i utgangspunktet 1,6 årsverk på kommunalt hjelpemiddellager. Dette har vi fått økt til 2 årsverk.

Det var i utgangspunktet 3 årsverk ergoterapeut i rehabiliteringstjenesten. Men med bakgrunn i permisjon var det faktisk utbetalt lønn for 2,6 årsverk. Det ble ordnet i denne porteføljen og fra 2022 har vi hatt til sammen 4,1 årsverk ergoterapeut. I tillegg ble hjemmehabiliteringsteamet overført fra sykehjemstjenesten til rehabiliteringstjenesten. Dermed fikk rehabiliteringstjenesten økt med 0,5 årsverk ergoterapeut – men dette er ikke en reell økning av ressurser da hjemmehabiliteringsteamet også har en pasientportefølje og tjenester som skal ytes.

9. Få oversikt over etablerte lærings og mestrings tilbud – gjennomført

I samarbeid med Helgelandssykehuset er det gjennomført prosjektet «Mestringstreff på Helgeland». Dette blir nå et etablert lærings og mestrings tilbud i kommunene.

Dette var et prosjekt hvor man samarbeidet på tvers av tre kommuner, (Vefsn, Rødøy og Brønnøysund), og Helgelandssykehuset på å gjennomføre diagnose uavhengig mestringstreff.

Det var lokale grupper som ble drevet av lokale kursledere og så delte kommunene på å holde foredrag digitalt. Fokuset var strategier for hvordan takle og leve med kroniske sykdommer. Lokale kursledere har fått økt sin kompetanse i forhold til helespedagogikk og kurslederoppgaven gjennom kursing i regi av Helgelandssykehuset og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse- NK LMH.

Etter gjennomføring av prosjektet er det blitt etablert som et fast tilbud som kommunene skal drive selv. Det gjennomføres 1 treff i uken over 5 uker, varigheten på treffene er 2,5 timer hver gang. Hvert treff består av digital forelesning samt oppgaver i forhold til tema. Det er satt maks deltaker antall på 8 stk. fra 18 år og opp over.

10. Kartlegge behov og etablere lærings- og mestringstilbud – gjennomført

Se kommentar punkt 9.

11. Etablering av eldresenter/ aktivitetshus - gjennomført

Byparken seniorsenter ble offisielt åpnet 1. oktober 2020. Det er 2,75 årsverk knyttet til tjenesten.

12. Etablering av lavterskeltilbud – ungdom psykisk helse - gjennomført

Dette handler om tidlig inn for ungdom som sliter med sin psykiske helse. Det var et viktig poeng at ungdom kunne få en samtale raskt etter at de hadde tatt kontakt med tjenesten.

13. Dagrehabilitering – utredning – ikke gjennomført

14. Etablering av dagrehabilitering – ikke gjennomført

15. Kommunal døgnrehabilitering – endring/ justering for å få økt fokus og kvalitativ god døgnrehabiliteringstilbud – Gjennomført

Vefsn kommune har 4 senger ved korttidsavdelingen som er avsatt til døgnrehabilitering. Vefsn kommune gir rehabiliteringstilbud til mennesker som har behov for rehabilitering i institusjon. For eksempel gis det tilbud til slagrammede.

Det er i dag et stort trykk på institusjonstjenesten. Det medfører en utfordrende prioritering av hvem som kan få plass på korttidsavdelingen. Erfaringene viser at mennesker med mildere behov for rehabilitering ofte ikke kan bli prioritert. I tillegg kan det være en utfordring å få være «leng nok» inne på opphold i institusjon med bakgrunn i det store trykket på kommunal institusjonsplass.

16. Lavterskel treningsgrupper eldre- Gjennomført

Sterk og stødig er etablert. Dette er et forebyggende treningstilbud for seniorer basert på Helsedirektoratets retningslinjer. Konseptet er basert på frivillige som treningsinstruktører der fysioterapeuter er inne som veileder. Det er i dag etablert 6 grupper som har sine ukentlige faste trening på Byparken seniorsenter. (per desember 2022 er det 60 deltakere).

17. – 23. handler om evaluering av iverksatte tiltak

3. Oppsummering av Workshop – 10. mai 2022

I workshopen deltok det 16 personer.

Arbeidsgrupper arbeidet med følgende spørsmål:

1. Hva er viktig for deg i møte med oss som arbeider med rehabilitering?
2. Hva tenker du er viktig å ivareta i forhold til hvor rehabiliteringen gjennomføres? (kvalitet, lokasjon, kompetanse etc.).
3. Hvordan ser det ideelle rehabiliteringsforløpet ut for deg?

Til alle spørsmål kommer det frem et behov for forutsigbarhet og god informasjon til pasient og pårørende. I tillegg kommer det også fram behovet for å ha en bedre kontinuitet, og flere foreslår at det opprettes en koordinator/ kontaktperson i tjenesten for rehabiliteringsforløpet.

1. Hva er viktig for deg i møte med oss som arbeider med rehabilitering?

Trygghet er viktig for pasienten og deres pårørende. Dette henger sammen med at tjenesteytere har god kunnskap, er imøtekommende og har god nok tid til å gjennomføre riktig behandling.

Det er viktig at pasienten er motivert for behandling og får være den som bestemmer sammen med tjenesteyter hvordan rehabiliteringsforløpet skal være. Pårørende må inkluderes, men det må være pasienten selv som har den tyngste «stemmen» i forløpet.

Det er viktig med individtilpasset rehabilitering, og det legges vekt på at det bør være lokale rehabiliteringstilbud – også dagrehabilitering og døgnrehabilitering som vi i dag ikke har godt nok på plass.

Det sosiale aspektet er viktig for rehabiliteringspasienten. Det er også en viktig del for å holde motivasjon og dele erfaringskunnskap med andre pasienter.

2. Hva tenker du er viktig å ivareta i forhold til hvor rehabiliteringen gjennomføres? (kvalitet, lokasjon, kompetanse etc.).

Flere legger vekt på at lokaler som brukes til trening og rehabilitering bør være universelt utformet. I dag har spesielt to av instituttene lokaler med flere nivå og trapper. Det legges også vekt på at i flere av lokalene er det trangt å komme seg frem med rullestol da det er så fullt med ulikt utstyr.

Det er ønskelig med samlokalisering av tjenester som er knyttet til rehabiliteringspasienten. De ønsker også «Familiens Hus» velkommen da dette gir mulighet for samlokalisering med flere tjenester og treningsmuligheter i samme bygg.

Det er behov for flere ressurser til rehabiliteringspasienten. Dette i form av:

- Fysioterapi og ergoterapi ressurs.
- Mer personellressurs til hjemmerehabilitering
- Få på plass dagrehabilitering
- Lokalt døgnrehabiliteringstilbud.

Det kommer også frem at pasienter og pårørende synes det er en utfordring å nå tak i fagpersonell i tjenesten.

3. Hvordan ser det ideelle rehabiliteringsforløpet ut for deg?

Under dette punktet legges det vekt på at det må være gode overganger mellom ulike tjenestenivå i et rehabiliteringsforløp. Det vektlegges at det må være god informasjon fra spesialisthelsetjenesten og kommunalt nivå. Det må også være god informasjon mellom de ulike nivåene i kommunen. For å sikre dette foreslås det at pasienten får en koordinator/kontaktperson for sitt forløp (dette handler først og fremst om pasienter som har et mer komplekst behov). Dette for å sikre gode overganger og informasjonsflyt, samtidig som pasienten får en person som følger vedkommende under hele forløpet.

Det handler også om rehabiliteringsforløp på de ulike nivå uten opphold. Det vil si at når pasienten overflyttes til et nytt nivå i rehabiliteringspyramiden bør det være uten opphold.

Det handler også om tverrfaglighet i oppfølgingen og behandlingen. At pasienten har fått bistand fra ergoterapeut og kartlagt sine behov slik at hjelpemidler er på plass før pasienten kommer seg til nytt behandlingssted – evt. hjem. At pasienten får bistand fra andre faggrupper som er viktig for rehabiliteringsforløpet som for eksempel logoped, sykepleier og fastlege.

4. Beskrivelse av tiltak – ulike nivå i Rehabiliteringspyramiden

For å få en systematisk gjennomgang og forståelse er det valgt å ta utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden. Der vil hvert trinn bli beskrevet av hva Vefsn kommune har av tiltak og tjenester, samt beskrevet hva som vurderes å mangle i vår helse- og omsorgstjeneste.



4.1 Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for tjenester (trinn 1 i Rehabiliteringspyramiden)

Helsefremmende arbeid er tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom.

Grenseoppgangen mot helseopplysning, forebyggende medisin og hygiene kan være uklare, men disse områdene er mer rettet mot spesifikke sykdommer og helseproblemer. Helsefremmende arbeid er som navnet sier, rettet mot å sikre og bedre helsen. I dette ligger en erkjennelse av at helse er mer enn fravær av sykdom, men også at sykdom i seg selv ikke behøver bety at man har dårlig helse.

Hverdagsmestring for eldre handler om forebyggende helsearbeid og å bevare funksjonsevne til tross for økende alder. De fleste eldre ønsker å være aktive og bo hjemme lengst mulig og å kunne utføre de hverdagslige gjøremålene som er viktige for hver enkelt av oss.

Det er valgt å beskrive tjenestene vi har i Vefsn uten å skille mellom helsefremmende- og forebyggende tiltak og hverdagsmestring.

4.1.1 Hverdagsmestring i alle tjenester i helse- og omsorg

Vefsn kommune har arbeidet med å få integrert hverdagsmestring som en styrende tanke sett for hvordan medarbeidere skal tilnærme seg brukere av kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den nasjonale «hva er viktig for deg dagen» har vi markert de siste år. Dette for å minne alle på viktigheten av å tenke god brukermedvirkning, der mål og behov bruker selv beskriver, skal være utgangspunktet for tjenesteytingen.

Det er utarbeidet rutiner for mottak av pasienter der behov skal kartlegges. Kartleggingene som gjennomføres er formulert med fokus på «hva er viktig for deg». Det er gjennomført flere kurs for medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten for å kunne ivareta hverdagsmestring på en god måte. Det er en del av det faste programmet i pasientsikkerhetsuken. Og det er en vesentlig del av individuell brukermedvirkning for å sikre at tjenestemottaker har reell og god innvirkning på sine helse- og omsorgstjenester og hverdag.

4.1.2 Læring og mestringstilbud

I samarbeid med Helgelandssykehuset har Vefsn kommune gjennomført prosjektet «Mestringstreff på Helgeland». Dette blir nå et etablert lærings og mestrings tilbud i kommunene.

Dette var et prosjekt hvor man samarbeidet på tvers av tre kommuner, (Vefsn, Rødøy og Brønnøysund), og Helgelandssykehuset på å gjennomføre diagnose uavhengig mestringstreff.

Det var lokale grupper som ble drevet av lokale kursledere og så delte kommunene på å holde foredragene digitalt. Fokuset var strategier for hvordan takle og leve med kroniske sykdommer. Lokale kursledere har fått økt sin kompetanse i for holdt til helespedagogikk og kurslederopp-gaven

gjennom kursing i regi av Helgelandssykehuset og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse- NK LMH.

I etterkant av gjennomføring av prosjektet er det blitt etablert som et fast tilbud som kommunene skal drive selv. Det gjennomføres 1 treff hver uke over 5 uker, varigheten på treffene er 2,5 timer. Hvert treff består av digital forelesning og oppgaver i forhold til tema. Det er satt 8 deltakere som maks og skal være fra 18 år og opp over.

4.1.3 Byparken seniorsenter

Byparken seniorsenter er etter offisiell åpning 1. oktober 2020, blitt en viktig arena for livsfremming og forebygging av uhelse hos eldre i Vefsn kommune. Forebygging av ensomhet og skape sosiale arena er en av de viktigste forutsetninger som legges til grunn for aktiviteten på senteret. Hver dag fra 10-14 er det kaffe og noe åttå. Hovedvekten av seniorer kommer til seniorsenteret for det sosiale samværet og nye sosiale nettverk er dannet. Medarbeidere har etablert rutiner for å ivareta nye besøkende ved ankomst til senteret gjennom omvisning, muntlig og skriftlig informasjon.

Det er 10 lag og foreninger som er knyttet til Frivillighetsbasen som er etablert på seniorsenteret. Frivillige stiller opp som en ressurs i senteret samtidig som de kan bruke lokalene for å skape aktivitet i egen forening.

- **«Sterk og stødig» - forebyggende trening**

«Sterk og stødig» er et nasjonalt konsept med helsefremmende og forebyggende trening for seniorer over 65 år. I Vefsn har tilbudet blitt godt tatt imot. Medio høst 2022 er det 6 treningsgrupper fordelt på ca. 60 deltakere. Treningen vektlegger balanse, koordinasjon og styrketrening. Treningen er fallforebyggende og kan bidra til å være selvstendig i eget hjem lengre.



- **«Lyst på livet» - innføring av Livshjulet**

Det settes fokus på fire viktige tema verdens helseorganisasjon har valgt som de viktigste for et godt liv: sikkerhet og trygghet i hjemmet, sosialt nettverk, mat og drikke og fysisk aktivitet. Dette er et målrettet tilbud til enslige eldre. Det har vært ca. 14 deltakere på hvert kurs om har blitt holdt. Kurset holdes x 1 hvert halvår.

- **Forebyggende hjemmebesøk**

Alle som fyller 78 år får i dag tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Besøket utføres etter nasjonale retningslinjer der det er fokus på forebygging, helsesvikt, kartlegging, informasjon og trygghet. Det ble i 2021 sendt 107 brev om tilbud om forebyggende hjemmebesøk og av disse var det 45 personer som takket ja og fikk besøk. I 2022 var det 120 personer som fikk tilbudet mens det var 60 som takket ja. I følge erfaringene fra andre kommuner er det ca. 50 % som takker ja til slikt tilbud.

Resultatet av hjemmebesøk er:

1. Flere startet med trening
2. Besøk i ettertid på helsestasjonen og på Byparken seniorsenter
3. Hjelp til søknader/formidling på hjelpemidler, pasientreiser, div. skjema.
4. Samtaler

- **Helsestasjon for eldre:**

Er etablert på Byparken seniorsenter. I 2021 var det 163 besøkende på helsestasjonen. I tillegg har helsestasjon for eldre tatt et hovedansvar for influensavaksinering for hjemmeboende seniorer i vår kommune

Det er flere grupper som er etablert og som møtes fast hver uke på Byparken seniorsenter. For eksempel sy-gjengen, snekkerbodens venner, bakgårds-gjengen. I tillegg er det mange ulike aktiviteter, kurs, arrangement og underholdning som skjer i løpet av året på Byparken seniorsenter. I 2021 nevnes spesielt følgende:

- Førljuskos og dekorering av adventskranser
- Massasje og hudpleie av hudpleielinjen VGS3
- Drop-in hjelp for enkle dataspørsmål i samarbeid med seniornett
- babysang
- åpne korøvelser i samarbeid med «kor uten grenser»
- Foredrag om velferdsteknologi og andre hjelpemidler

- Kurs om plantestell og vårbloster
- Sykurs
- Faste møter for «kaffeprat og lukten av tre»
- Snekring av fuglekasser
- Bursdagsfeiring av seniorsenteret
- Kurs i bruk av nettbank
- Informasjon om fornying av sertifikat
- Influensavaksinering for 65+
- Fotterapeut fra basisfot
- Bridge



4.2 Hverdagsrehabilitering (trinn 2 i Rehabiliteringspyramiden)

Det grunnleggende menneskesynet bak hverdagsrehabilitering er at mennesker ønsker å være mest mulig selvhjulpne og selv mestre sin hverdag i størst mulig grad.

Vefsn har en integrert modell for hverdagsrehabilitering. Det vil si Ergo-/ fysioterapeuter har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetene med brukeren utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten (hjemmetrenere) etter veiledning fra terapeutene.

Det er lagt opp til faste møter (x 1 per uke) i tre av avdelingene i hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten. I disse møtene blir aktuelle tjenestemottakere vurdert og det utarbeides plan for hverdagsrehabilitering.

Rutiner er utarbeidet og tiltaket vurderes som implementert, men det er fortsatt et forbedringspotensialet knyttet til kvalitet på oppfølging.

Dette trinnet vurderes som innført og gjennomført, men det er en ressursknapphet i tjenestene til å få gjennomført tjenesten med god kvalitet.

Det bør vurderes å få satt inn hjemmetrenere for å forebygge funksjonssvikt til brukere av hjemmetjenesten. Ved å drive målrettet trening ser vi fra undersøkelser i Danmark at behovet for hjemmesykepleie minsker, da den eldre får styrke og balanse nok til å klare flere av dagliglivets aktiviteter.

4.2.1 Frisklivssentralen

Frisklivssentralen er en viktig del av rehabiliteringspyramiden trinn 2. i Vefsn kommune. Det er et strukturert oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Det er to fysioterapeuter på Frisklivssentralen som tar inn personer knyttet til helsesvikt og bistår pasienter i å få målrettet trening for å komme seg raskt tilbake til deres beste funksjonsnivå. Dette bidrar blant annet til at arbeidstakere klarer å rehabilitere seg tilbake til arbeid fra langtidssykemelding. Tjenesten er i tett samarbeid med fastleger – de henviser til frisklivsresept.



Målgruppen for Frisklivssentralen er personer over 18 år som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer.

I dag er det i overkant av 330 frisklivsrecepter årlig. Hovedtyngden av dem som får tjenesten er i gruppen 40 – 59 år (i underkant av 250 personer årlig).

I tillegg til den ordinære frisklivsresepten og fastlegene, samarbeider frisklivssentralen med:

- Kreftkoordinator med treningsgruppe for de som har eller har hatt kreft
- Avd. psykisk helse og treningsgruppe for de med psykiske plager
- Folkehelsekoordinator og bidrar i annet folkehelsearbeid i kommunen.
- Hjerteskoole – et samarbeid med Helgelandssykehuset Sandnessjøen og fysioterapeut med driftstilskudd



4.3 Rehabilitering i hjemmet, rehabilitering/innsatsteam (trinn 3 i Rehabiliteringspyramiden)

Rehabiliteringstjenesten har fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier som har ulike form for tjenester i dette trinnet av rehabiliteringspyramiden. Her finner vi både hjemmerehabiliteringsteamet, rehabiliteringsforløp, ergoterapeut med hjelpemiddelformidling og rehabilitering, og fysioterapeut med både poliklinisk behandling og hjemmebehandling. Blant fysioterapeutene har Vefsn kommune både tilbud fra kommunefysioterapeuter og fysioterapeuter med avtalehjemler fordelt på tre ulike institutt.

4.3.1 Hjemmerehabilitering

Hjemmerehabilitering er for de som ikke mestrer sin hverdag som før eller har fått et brått funksjonstap. Det kan gjelde alt fra personlig stell, matlaging/kosthold, trappegang-trening, deltagelse i sosiale sammenhenger eller andre aktiviteter i hverdagen. Det er en tidsavgrenset rehabilitering på ca. 6 uker, hvor opptrening i dagliglivets gjøremål skjer i brukerens hjem og nærmiljø. Brukerens mål vil stå sentralt. Det er alltid fokus på spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

Rehabiliteringen foregår i hjemmet og innebærer kartlegging, tilrettelegging og trening. Det forventes en aktiv deltakelse fra den som mottar tjenesten for at mål skal nås etter endt rehabilitering. Mottaker av tilbudet vil få vedtak på tjenesten fra tjenestekontoret.

Hjemmerehabiliteringsteamet prioritering ser kort oppsummert slik ut:

- Pri 1-** Brukere som skal inn i et rehabiliteringsforløp. Ofte forbundet med prioritet 2 og 3.
- Pri 2-** Utskrivningsklare pasienter som er innlagt sykehus og som skrives direkte ut til hjemmet.
- Pri 3-** pasienter som skal hjem fra kommunens korttids- og / eller rehabiliteringsopphold og fra spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsinstitusjoner.
- Pri 4-** Hjemmeboende med aktive tjenester fra Hjemmebaserte tjenester med funksjonsfall hvor det er behov for å forebygge innleggelser i spesialisthelsetjenesten og kommunal institusjon.

Hjemmerehabiliteringsteamet består av 50 % sykepleier, 50 % ergoterapeut og 50 % fysioterapeut som arbeider tverrfaglig og målrettet med intensiv rehabilitering etter funksjonsfall. Det er deltidsstillinger og en ser at det er vanskelig å opprettholde en god nok tverrfaglig tjeneste med så

knappe ressurser. For å få et godt velfungerende hjemmerehabiliteringsteam ser vi at det er et klart behov for mer ressurser for å kunne ta unna trykket med pasienter som er i dag og som fremover vil øke i Vefsn kommune.

Erfaringer fra Danmark er i tillegg å etablere ordning med hjemmetrenere. Dette er en tjeneste for brukere av hjemmetjenesten. Hensikten er å få kartlagt funksjon, øke styrke og balanse for at den eldre skal få økt mestring. Ordningen med hjemmetrenere er i Danmark lagt til helsefagarbeidere. Resultater fra Danmark viser at 2 hjemmetrenere vil kunne gjennomføre trening x 2 per uke på 20 minutt i 12 uker – på ca 150 hjemmeboende. (ca 30 % frafall). Det igjen bidrar til økt styrke og balanse. Forebygger fallulykker og øker mestring til den eldre i dagliglivets gjøremål.

4.3.2 Rehabiliteringsforløp

Vefsn kommune har et eget team som har faste tverrfaglige møter hver onsdag for å definere hvem som skal inn i et rehabiliteringsforløp og for å plassere øvrige pasienter i riktig tjeneste i forhold til rehabiliteringspyramiden. Pasienter som skal inn i et rehabiliteringsforløp skal ikke vente mer enn en uke før de mottar tjeneste fra hjemmerehabiliteringsteamet eller fysioterapeut. Det samme gjelder overføring av pasienter mellom de ulike trinnene i rehabiliteringspyramiden når en er i et rehabiliteringsforløp.

I dette teamet sitter representant fra tjenestekontoret, fysioterapeut for voksen rehabilitering, ergoterapeut fra hjemmerehabiliteringsteamet og fysioterapeut fra korttidsavdelingen.

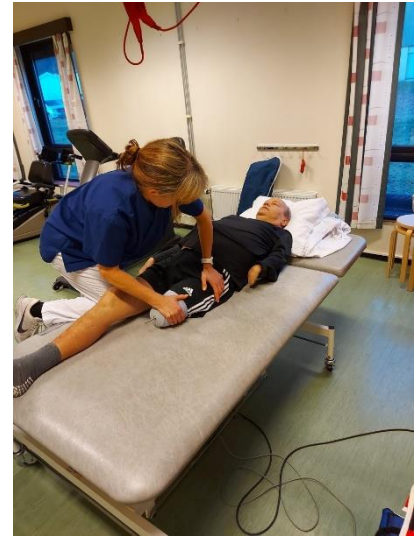
Alle pasienter evalueres underveis i forløpet for å kvalitetssikre at de mottar den tjenesten som er mest egnet for dem.

Rehabiliteringstjenesten retter alltid fokus mot «hva er viktig for deg» hos pasienten og tjenesten utformes i samråd med pasienten.



4.3.3 Poliklinisk behandling og hjemmebehandling av fysioterapeut

Fysioterapitjenesten i Vefsn kommune er organisert med fysioterapeuter som er ansatt i den kommunale helsetjenesten (Rehabiliteringstjenesten) og fysioterapeuter med driftstilskuddsavtale med kommunen. Alle fysioterapeuter skal drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer, samt lokale føringer i Vefsn kommune. Alle fysioterapeutene er viktige aktører for å sikre tilstrekkelig omfang og kvalitet på det kommunale rehabiliteringsarbeidet. Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende, rehabiliterende og forebyggende tiltak, herunder veiledning, opplæring og vurdering av behov for hjelpemidler.



Behandling hos fysioterapeut inkluderer tiltak som har til hensikt å optimalisere funksjon, begrense et funksjonstap, eller lindre smerter og symptomer. Fysioterapeuten skal samarbeide med pasientens fastlege og andre relevante tjenesteytere ved behov. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fysioterapeuten å informere pasienten om individuell plan og koordinator i kommunen og melde behov for individuell plan og koordinator til kommunens koordinerende enhet. Fysioterapeuten skal ved behov medvirke til utarbeidelse av individuell plan.

Kommunalt ansatte fysioterapeuter

Fysioterapitjenesten i Vefsn kommune har pr. 2022 4,8 årsverk (5,5 årsverk, Den ene barnefysioterapeuten har 0,7 årsverk knyttet til Helsestasjonen) kommunalt ansatte fysioterapeuter, fordelt på barn og voksen. I tillegg har tjenesten 1 årsverk midlertidig stilling som fysioterapeut og 1 tursnufysioterapeut, men som ikke ligger inne i budsjettet. Per i dag er det stort trykk på fysioterapitjenester, noe som medfører at det er venteliste for å få dette tilbudet.

Fysioterapeutene er alle, i mer eller mindre grad, involvert i rehabiliteringsarbeid på ulike arena i kommunen. Rehabiliteringsarbeidet foregår både i hjemmet, i barnehage, på skole, arbeidsplass, poliklinisk og i institusjon. Fysioterapeuten er en sentral aktør i rehabiliteringsforløp og samarbeider med andre faggrupper for å skape et kvalitetsmessig og helhetlig rehabiliteringstilbud.

De kommunalt ansatte fysioterapeutene har sine lokaliteter i 1.etg. ved Vefsn sykehjem. Tjenestene forsøkes tilbudt der det kan gi best mulig effekt for brukeren. Tjenestetilbudet utøves i dagliglivets arenaer som hjemmet, barnehage, skole, eller dagtilbud hvis det er det som er mest hensiktsmessig, men ofte utøves tjenesten i lokalene til

Rehabiliteringstjenesten. Tjenestetilbudet organiseres både som individuell behandling/oppfølging og i gruppetilbud. I dag har tjenesten gruppetilbud som MS-gruppe, KOLS-gruppe, balansegruppe, hoftegruppe (Gruppen vurderes ut av behov) og parkinsongruppe (i samarbeid med fysioterapeut med driftstilskuddsavtale med Vefsn kommune).



Utfordringer:

Grunnet lange ventelister for fysioterapi for voksne og eldre ble det opprettet en midlertidig stilling som fysioterapeut for å overholde faglig forsvarlig ventetid.

Lokalene ved rehabiliteringstjenesten i 1. etg på Vefsn sykehjem er for små. Det er en utfordring å få gjennomført ulike gruppetilbud samtidig som det opprettholdes full poliklinisk aktivitet. Det er ikke bygningsmessig lagt til rette for sosialt treff og gruppesamtale i etterkant av gruppetreninger.

Avtalefysioterapeuter – en del av det kommunale fysioterapitilbudet

Vefsn kommune har pr. idag 11 fysioterapeuter med driftstilskudd. Fra 2024 har 10 fysioterapeuter med driftstilskudd 100 % tilskudd og en fysioterapeut med 60 % driftstilskudd. Fysioterapeutene jobber fordelt på tre ulike virksomheter, Vefsn fysikalske institutt, Tøndels fysikalske institutt og Frisk 3. To av fysioterapeutene har videreutdanning i manuellterapi og en i psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeutene med driftstilskudd skal i likhet med de kommunalt ansatte drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov og forskrift, ASA4313, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer, samt lokale føringer og planer for helse – og omsorgstjenester. Fysioterapeutene skal også gi tilbud om behandling i hjemmet til hjemmeboende pasienter som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne



ikke kan møte i fysioterapeutenes lokaler eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

Samarbeidsutvalget mellom Vefsn kommune og fysioterapeuter med avtalehjemmel

Samarbeidsutvalget består av avdelingsleder for Rehabiliteringstjenesten, enhetsleder for helsetjenesten, kommunalsjef helse og omsorg, en kontaktperson/fysioterapeut med avtalehjemmel fra hvert institutt og en politisk representant. Alle parter kan melde inn saker i forkant av disse møtene.

Samarbeidsutvalget har til hensikt til å styrke samarbeidet mellom de ulike partene og bidra til videreutvikling av fysioterapitjenesten i Vefsn kommune. Samarbeidsutvalg gjennomføres 2-4 ganger i året, alt etter behov. Avdelingsleder ved Rehabiliteringstjenesten kaller inn til disse møtene. Ved ekstraordinære tilfeller kan man kalle inn til møter utover dette.

4.3.4 Ergoterapi og hjelpemiddelformidling

Kommunens ansvar innenfor området hjelpemidler og ergonomiske tiltak gjelder uavhengig av varighet på behov. Det gjelder i alle ledd av formidlingsprosessen - utredning av behov, utprøving av hjelpemidler, bistand i søknadsprosessen, tilpasning og montering av hjelpemidler, opplæring, service og reparasjon.

Kommunene har også ansvaret for å evaluere og følge opp behov for endringer. Dette gjelder på alle livsarenaer som hjem, skole, jobb, fritid osv. Kommunen har økonomisk ansvar for hjelpemidler til kortvarig lån - inntil 2 år. NAV og folketrygden har ansvaret for hjelpemidler for varige behov - over 2 år. Det skal foreligge en samarbeidsavtale mellom kommunen og NAV vedrørende hjelpemidler som er utlånt til varig behov. Denne avtalen har ikke Nav hjelpemiddelsentral fått på plass til tross for flere etterlysninger.

Ergoterapitjenesten

For personer med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer er det viktig å mestre hverdagslivet og kunne delta i samfunnet, på tross av sine utfordringer. En ergoterapeut bidrar når det blir gap mellom ønsker og muligheter.

På enkelte områder er ikke samfunnet utformet etter prinsippene om universell utforming, og for mange mennesker er ikke universell utforming tilstrekkelig. Ergoterapitjenesten er kommunens eksperter på aktivitet og deltakelse med vekt på samfunnsutforming og på å finne den enkeltes

personers ressurser på hverdagsmestring. En ergoterapeut har som hovedfunksjon og lukke gapet mellom personens funksjon og omgivelsene krav ved å endre omgivelser, større mestring eller tilrettelegge aktiviteter. Det handler om å mestre de daglige gjøremål og å kunne delta på de arenaer som er viktig for den enkelte.

Ergoterapeuten kan gi tilbud til mennesker i alle aldre som av ulike grunner har vansker med å utføre daglige aktiviteter, eller som står i fare for å få det i forbindelse med sykdom, skade eller varig nedsatt funksjonsnedsettelse. Aktuelle tiltak kan være kartlegging, fysisk tilrettelegging, veiledning og ADL-trening. Ergoterapeutene er en viktig aktør i det tverrfaglig rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten.

Hjelpemiddelformidling i Vefsn kommune

I Vefsn har det kommunale hjelpemiddellageret ansvar for kommunenes utlån av tekniske hjelpemidler ved kortvarige behov. Dette dreier seg om hjelpemidler der behovet til bruker er under to år. Dette er ofte hjelpemiddelbehov etter for eksempel planlagt operasjon, midlertidig skade som bruddskader ol.



Ved langvarig behov for tekniske hjelpemidler (over to år) lånes dette fra ut Hjelpemiddelsentralen i Bodø. I disse sakene har kommunalt hjelpemiddellager en formidlingsfunksjon. Kommunalt hjelpemiddellager har bl.a. ansvar for mottak, formidling og retur av disse hjelpemidlene.

Teknikerne ved kommunalt hjelpemiddellager jobber også med å tilpasse, montere, vedlikeholde og reparere tekniske hjelpemidler i nært samarbeid med ergoterapeutene.

Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av omgivelser ivaretas av kommunalt ansatte ergoterapeuter og teknikerne ved kommunalt hjelpemiddellager. Disse tjenestene ligger under Rehabiliteringstjenesten. I tjenesten har vi 4,1 ergoterapeut årsverk og 2 årsverk hjelpemiddeltekniker.

4.4 Rehabilitering i institusjon kommune (trinn 4 i Rehabiliteringspyramiden)

Rehabilitering i institusjon i kommunen er anbefalt ut fra et befolkningsgrunnlag på 40 – 60.000 innbyggere for å sikre økonomisk og faglig forsvarlig grunnlag av driften. Det er anbefalt en ren rehabiliteringsavdeling da dette gir best effekt på sikt (Helsedirektoratet, Nasjonal Veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, 02.12.2020, s.19/26)

Vefsn kommune har per i dag ca. 13.000 innbyggere, 2940 personer i aldersgruppen 65 - 100 år. Ut fra antall personer i mest aktuelle aldersgruppe for rehabilitering i kommunen, bør Vefsn se på alternative tilbud for å imøtekomme innbyggernes behov for rehabilitering.

Per i dag er det 4 rehabiliteringsplasser på institusjon ved Korttidsavdelingen. Det er fast ansatt fysioterapeut i 100 % stilling som skal ivareta rehabiliteringspasienter, andre pasienter med mobiliseringsbehov, samt pasienter på langtids plass. De ansatte ved Korttidsavdelingen er tidligere ansatt ved kommunal rehabiliteringsavdeling og har god kompetanse på området.

Utfordringen rundt kommunalt døgnrehabilitering er at det er generelt stort press på kommunale institusjonsplasser og knapphet på ressurser. Dette medfører at rehabiliteringsplasser ofte brukes til somatiske pasienter. I tillegg er det ikke etablert et eget fagteam knyttet til rehabiliteringsplassene. Det som vil være viktigst å tenke på i rehabiliteringsforløpet er å kunne ivareta de pasientene med komplekse behov da denne pasientgruppen ofte ikke vil få innvilget plass på spesialistrehabilitering på grunn av høy pleiefaktor.

I tillegg er det behov for dagrehabilitering i institusjon og rulleringsplasser for rehabilitering. Med mer ressurser og mulighet for intensiv trening kunne pasientene i større grad klart seg lengre i egen bolig og dermed også tatt ned presset på langtids plasser. Dette vil være bærekraftig og forebyggende helsetenking for befolkningen i Vefsn kommune.

5. Tiltak rehabiliteringsplan

5.1 Behandlingsplan rehabilitering – ikke kostnadskreven

Innføre behandlingsplan for rehabiliteringsforløp. Viktig for å sikre god brukermedvirkning, ha gode og realistiske mål for rehabilitering og evaluere forløp.

	2023	2024	2025	2026	2027
Oppstart av behandlingsplan rehabiliteringsforløp	x				
Kostnad	0,-	0,-	0,-	0,-	0,-

5.2 Innføre felles kartlegging- og vurderingsverktøy for rehabiliteringsforløp – ikke kostnadskreven

Sikre at det er felles kartleggings og vurderingsverktøy for alle pasienter i rehabiliteringsforløp. Dette for å sikre god evaluering og at alle aktører har et felles språk og felles evalueringsverktøy.

Det vil kreve å gjennomføre utarbeidelse av rutiner, utvalg av kartleggingsverktøy og opplæring av medarbeidere som er involvert i pasienter som er i rehabiliteringsforløp.

	2023	2024	2025	2026	2027
Innføring av felles kartlegging- og vurderingsverktøy	x				
Kostnad	0,-	0,-	0,-	0,-	0,-

5.3 Organisere rehabiliteringsteam innenfor dagens ramme – ikke kostnadskreven

Det er i dag satt av 4 senger til rehabilitering knyttet til Korttidsavdelingen. Det er ofte andre pasienter uten rehabiliteringsforløp i disse sengene. Dette på grunn av stort press på institusjonsplasser i Vefsn kommune.

Likevel er det ønskelig å få organisert medarbeidere på avdelingen som har et hovedfokus på rehabilitering, slik at vi får mest mulig effekt av rehabiliteringsopphold. Det er viktig for å sikre trening og oppfølging i alle dagliglivets funksjoner. Det er også viktig for å sikre at rehabilitering får et godt fagfokus og øke erfaringskompetansen blant medarbeidere på avdelingen.

	2023	2024	2025	2026	2027
Organisere rehabiliteringsteam	x				
Kostnad	0,-	0,-	0,-	0,-	0,-

5.4 Sørge for god informasjon mellom tjenestenivå for å sikre behovet for rehabilitering.

Det er i dag etablert et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut fra korttidsavdeling, fysioterapeut for voksne, ergoterapeut hjemmerehabilitering, avdelingsleder Rehabiliteringstjenesten og medarbeidere tjenestekontoret.

Dette teamet gjør vurderinger av pasienter som skal ha rehabiliteringsforløp. Inntak i rehabiliteringssenger gjøres av inntaksteam i Vefsn kommune. Det har vært et stort press på utskrivningsklare pasienter og dette har også dessverre gått på bekostning av rehabiliteringsopphold.

Det foreslås derfor at avdelingsleder korttidsavdeling tiltrer tverrfaglig rehabiliteringsteam da vedkommende er en del av inntaksteamet. Dette for å sikre at de vurderinger tverrfaglig rehabiliteringsteam gjør blir godt informert til inntaksteamet og at rehabilitering i større grad blir prioritert i en presset institusjonstjeneste.

På grunn av stort press på institusjonsplasser er det erfaring med at rehabiliteringspasienter skrives for raskt ut av institusjonsopphold. det er en krevende situasjon som vanskelig kan løses før Vefsn kommune har flere tilgjengelig institusjonsplasser.

	2023	2024	2025	2026	2027
Avdelingsleder korttidsavdeling tiltrer tverrfaglig rehabiliteringsteam for å sikre vektlegging av god faglig vurdering i inntaksteamet angående rehabilitering i institusjon	x				
Kostnad	0,-	0,-	0,-	0,-	0,-

5.5 Forebyggende rehabiliteringsopphold – rullering for rehabilitering

Det er flere innbyggere i Vefsn kommune som bor hjemme med et marginalt funksjonsnivå og stort behov for helse og omsorgstjenester (hjemmetjeneste, fysioterapi, ergoterapi m.m). Dette er personer med langtkommen MS og Parkinsons, følgetilstander etter hjerneslag og andre nevrologiske lidelser m.m. Mange i denne gruppen er rullestolbrukere og har behov for mye bistand av hjemmetjenesten gjennom hele døgnet. Majoriteten av disse er blant de i 60 årene og oppover, det vil si blant de «yngste» eldre, og de har et sterkt ønske om å bo hjemme i egen bolig lengst mulig.

Vi erfarer at poliklinisk trening/fysioterapi ikke er tilstrekkelig for å opprettholde eller bedre funksjonsnivå til denne gruppen, og de er vurdert til å ha for lavt funksjonsnivå til å kunne søke om rehabiliteringsopphold ved f.eks Helgeland rehabilitering eller andre rehabiliteringssentre. For å kunne bo hjemme lengst mulig og opprettholde eller bedre sitt funksjonsnivå har de behov for intensive opphold på institusjon hvor fokuset er målrettet trening/fysioterapi, kartlegging av ressurser/funksjon bla ift ADL, og mest mulig aktiv deltagelse i ADL fra morgen til kveld.

Rehabiliteringstjenesten har kartlagt 17 pasienter som vil ha betydelig utbytte av slike intensive treningsopphold på korttidsavdeling. I tillegg vil noen av pasientene som befinner seg i et rehabiliteringsforløp også kunne ha behov for korte rehabiliteringsopphold i institusjon lokalt, spesielt hvis det er snakk om sammensatte problemstillinger og behov for kartlegging av fysisk/kognitiv funksjon gjennom hele døgnet. Kort sagt hvis funksjonsnivå og samlet behov tilsier det.

I dag ivaretas kommunale rehabiliteringsopphold av avdeling Solina. Det er viktig å få samlet kompetanse for rehabilitering – både de som har behov for rehabiliteringsopphold etter funksjonssvikt og de som har behov for forebyggende rehabiliteringsopphold/rulleringsopphold.

Det er også viktig å få økt kapasitet i institusjonstjenesten slik at rehabiliteringsopphold utfra faglig vurdering varer lenge nok. Slik at vi unngå at det er så stort press på institusjonsplasser at dette behovet ikke kan imøtegås. Vi må ha tid nok til å få gjennomført gode rehabiliteringsforløp og forebyggende rehabiliteringsopphold.

Tiltaket med forebyggende rehabiliteringsopphold/ rulleringsopphold skal være planlagt i god tid og vil for denne pasientgruppen være en viktig faktor for å ivareta funksjon og hindre funksjonstap. Slik situasjonen er i dag med stort press på institusjonsplasser, er det ikke mulig å gjennomføre slike planlagte opphold, da det hele tiden er sterk prioritering av behovet for plass i kommunal institusjon.

Når Vefsn kommune får etablert flere sykehjems plasser er dette mulig å få gjennomført. Det vil være et tilbud som både gir et psykisk og fysisk løft og som gjør at bruker kan bo hjemme lengst mulig.

Tiltaket gjennomføres når det er etablert flere plasser i kommunal institusjon.

5.6 Øke ressurser til hjemmerehabilitering – kostnadskrevende

I dag er det 1,5 årsverk tilknyttet hjemmerehabiliteringen. 50 % sykepleier, 50 % fysioterapeut og 50 % ergoterapeut. Hjemmerehabilitering har fungert meget godt og er en målrettet rehabilitering i et rehabiliteringsforløp der pasienter får trening og oppfølging i hjemmet.

	2019	2020	2021
Hjemmerehabilitering	89 henviste	73 henviste	79 henviste

Kapasiteten er for lav i hjemmerehabiliteringen. Det er flere henvisninger som burde fått hjemmerehabilitering, men på grunn av kapasitet flyttes de nedover i rehabiliteringspyramiden. Det er også noen som blir stående på venteliste til hjemmerehabilitering, og det er erfart at disse er sårbar og da oftere må få korttidsopphold for å klare seg hjemme. De går da oppover i rehabiliteringspyramiden. Dette kunne og burde vi forebygge med å gi en god hjemmerehabilitering.

2020 og 2021 har vært «korona-år». Dette ser vi også på økt henvisninger i 2022. Ordningen må utvides med 1,5 årsverk slik at det blir 3 x 100 % stillinger tilknyttet teamet.

	2023	2024	2025	2026	2027
Øke ressurser til hjemmerehabilitering tilsvarende 1,5 årsverk	1 årsverk	0,5 årsverk			
Kostnad	800 000,-	1200 000,-	1200 000,-	1200 000,-	1200 000,-

5.7 Etablere ordning med hjemmetrener i hjemmetjenesten

Hjemmetrening er en ordning som er etablert i flere kommuner i Norge. Det er også utbredt i Danmark og erfaringene med ordningen er gode.

Målet er å styrke de eldre sin fysiske funksjon og gjør dem bedre i stand til å klare flere av hverdagens aktiviteter.

Ordningen er at helsefagarbeider er hjemme hos bruker og gjennomfører trening 2 x 20 minutt per uke i 12 uker. Det starter med kartlegging av funksjonsnivå blant annet i seng/ i stol/ balanse/ gåtest. Så utarbeides det øvelser som skal bidra til å øke funksjonen.

Gjennomføring av kartlegging, vurdering og trening gjøres av helsefagarbeidere.

Resultatene fra andre kommuner og fra Danmark er at en hjemmetrening klarer å ivareta ca. 60 – 75 forløp i løpet av ett år. Ca. 65 % av disse gjennomfører hele sitt forløp. Fra Ski kommune viser resultatet av hjemmetrening at 57 % brukere reduseres sitt behov for bistand, mens 25 % opprettholder sitt nivå.

Det foreslås å implementere ordningen med «Fokusert implementering». Det vil si at det er hjemmetrenere som har dette som sin funksjon. Dette for å hindre at trening går ut av dagsprogrammene når det blir press på tjenestene. Erfaringen fra Danmark er at denne ordningen gir best effekt ved at det er samme medarbeider som gjennomfører treningen og sikrer ensartet forløp, samt at det blir lik vurdering og effektmåling.

Det foreslås i første omgang å starte opp med to hjemmetrenere for brukere i hjemmetjenesten.

	2023	2024	2025	2026	2027
Etablere hjemmetrening x 2 årsverk helsefagarbeider	Utarbeide prosjekt	2 årsverk			
Kostnad		1 000 000,-	1 000 000,-	1 000 000,-	1 000 000,-

5.8 Øke ressurs fysioterapi 1 årsverk - rehabiliteringstjenesten

I dag har fysioterapeutene for voksne 2, 5 årsverk. Grunnet høyt trykk og henviste de siste årene har det blitt lange ventelister.

Tjenesteområde/år	2019	2020	2021	2022
-------------------	------	------	------	------

Fysioterapi	153 henviste	227 henviste	214 henviste	251 henviste
-------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Det ble i 2021 opprettet en midlertidig stilling som fysioterapeut slik at tjenesten kunne utøve tjenesten innen forsvarlig ventetid. 2020 og 2021 er «korona år», det kan sees på antall henviste sammenlignet med 2022. Denne stillingen er fortsatt midlertidig og en ser at denne bør omgjøres til en fast stilling. Dette på bakgrunn av trykket med antall henviste, større grad av dårligere pasienter og flere oppgaver har blitt overført fra sykehus til kommune, må kommunen øke opp den kommunale fysioterapiressursen for å kunne utøve et forsvarlig tjenestetilbud som kommunen er pålagt ut fra lovverk.

	2023	2024	2025	2026	2027
Økt ressurs blant fysioterapeutene, 1 årsverk	x				
Kostnad	800 000,-	800 000,-	800 000,-	800 000,-	800 000,-

5.9 Etablere 5 senger i kommunal institusjon for å ivareta rehabilitering i institusjon, forebyggende rehabiliteringsopphold og rulleringsopphold – når det er etablert flere kommunale institusjonsplasser - kostnadskrevende

I forbindelse med utredning av fremtidens helse- og omsorgstjenester er det allerede erkjent et behov for å få økt antall sykehjemsplasser. I denne sammenhengen er det derfor viktig å få etablert egne senger for rehabilitering med et eget team av medarbeidere som har stort fokus på rehabilitering.

Rehabilitering er kostnadskrevende samtidig som det kan være økonomisk effektivt i forhold til fremtidige tjenestebehov. Dette er et tiltak som kan bidra til å øke pasientens funksjonsnivå.

Kostnadene for bygging er ikke lagt inn – da dette vil komme som en del av hovedutredningene – fremtidene helse- og omsorgstjenester. Rehabiliteringsplasser vil kreve økt behov for ressurser og organisering av et eget team. Det er derfor lagt inn en styrking på 2,5 årsverk til 5 rehabiliteringssenger. Det forutsettes at økingen av ressurser kommer i tillegg til grunnbemanning som er i dag på korttidsavdeling (pleiefaktor på 1,03). Dette vil til sammen gi en pleiefaktor på 1,53.

	2023	2024	2025	2026	2027
Eablering av 5 døgnplasser for rehabilitering med eget fagteam			x		
Kostnad	0,-	0,-	1 875 000,-	1 875 000,-	1875 000,-

5.10 Etablere dagrehabilitering som nytt trinn i rehabiliteringsforløpet

Når vi får etablert egne rehabiliteringssenger ligger det til rette for å få etablert dagrehabilitering. Dette vil bidra til at vi har enda ett trinn på plass knyttet til rehabiliteringspyramiden og sørge for at pasienter får oppfølging på det nivået som gir best forløp. Dagrehabilitering vil også kunne minske presset på døgnrehabilitering da det vil være flere nivå som kan ivareta et godt rehabiliteringsforløp.

Utfordringen med dagrehabilitering er at det vil kreve ekstra areal for å ha trening og for å oppholde seg i fellesareal. I tillegg vil det være et krav at dagrehabilitering får skyss til behandling og tilbud om servering av lunsj og middag.

Tiltaket vil kreve ett årsverk i tillegg til bemanning knyttet til døgnrehabilitering.

	2023	2024	2025	2026	2027
Dagrehabilitering i tilknytning til arbeidsteam for døgnrehabilitering			x		
Kostnad	0,-	0,-	800 000,-	800 000,-	800 000,-

6. Oppsummering tiltaksplan

Nr.	Tiltak/beskrivelse	2023	2024	2025	2026	2027
		Etablering	Etablering	Etablering	Etablering	Etablering
5.1	Behandlingsplan for rehabiliteringsforløp	X 0,-	0,-	0,-	0,-	0,-
5.2	Felles kartleggingsverktøy	X 0,-	0,-	0,-	0,-	0,-
5.3	Organisere rehabiliteringsteam	X 0,-	0,-	0,-	0,-	0,-
5.4	Informasjon mellom tjenestenivå	X 0,-	0,-	0,-	0,-	0,-
5.5	Forebyggende rehabiliteringsopphold – rullering rehabilitering	Tiltaket iverksette når det er etablert flere kommunale institusjonsplasser				
5.6	Økt ressurser hjemmehabilitering	X 800.000,-	1 200 000,-	1 200 000,-	1 200 000,-	1 200 000,-
5.7	Hjemmetrening i hjemmetjenesten		X 1 000 000,-	1 000 000,-	1 000 000,-	1 000 000,-
5.8	Økt ressurs fysioterapi	X 800 000,-	800 000,-	800 000,-	800 000,-	800 000,-
5.9	Etablering av 5 døgnplasser for rehab. (Tiltaket forutsetter etablering av flere sykehjemsplasser)			X 1 875 000,-	1 875 000,-	1 875 000,-
5.10	Dagrehabilitering tilknyttet døgnplasser Tiltaket forutsetter tilgang på mer areal i institusjon			X 800 000,-	800 000,-	800 000,-
	SUM	1 600 000,-	3 000 000,-	5 675 000,-	5 675 000,-	5 675 000,-