

Kvam Herad

Prosjekt Lokalmedisinsk Senter Toloheimen

Prosjektrapport:

Plan for fagleg og organisatorisk utvikling

Ferdigstilt 23/12-2011

Innholdsfortegnelse

1. Innleiing	4
1.1 Styringsgruppe:.....	4
1.2 Prosjektgruppa	4
1.3 Referansegruppe(r):	5
1.4 Vedtak i styringsgruppa:.....	5
1.5 Prosjektgruppas arbeid	6
2. Sengeavdeling	6
2.1 Oppgåver å løysa.....	6
2.1.1 Rehabilitering	6
2.1.2 Vurderingsopphold.....	7
2.1.3 Intermediærsenger/"Øyeblikkelig Hjelp"-senger.....	7
2.1.4 Palliative senger.....	8
2.1.5 Spesialoppgåver kring einskildpasientar	9
2.1.6 Pålagte oppgåver innan ernæring	9
2.2 Korleis løysa oppgåvene	10
2.2.1 Driftsmodell.....	10
• Antal sjukeheimssenger i kommunen	10
• Samdrift internt i avdelinga.....	10
• Grunnbemanning	11
• Palliative senger	11
• Rehabiliteringsfunksjon.....	12
• Fysioterapisørvis på Behandlingsavdeling.....	12
• Ergoterapisørvis.....	13
• Legesørvis	13
• Logopedisørvis.....	13
• Merkantil sørvis.....	13
• Ernæringsekspertise	14
2.2.2 Labfunksjonar	14
2.2.3 Journalsystem.....	15
2.2.4 Personellbehov, samanfatta.....	16
2.2.5 Utstyrsbehov	17

2.2.6	Samarbeid 2. og 3. linjetenesta	17
3.	<i>Legevakt</i>	18
4.	<i>Spesialistpoliklinikk</i>	18
5.	<i>Lokalt Hjelpemiddellager</i>	19
6.	<i>Frisklivssentral i Kvam</i>	20
6.1	Oppgåve.....	20
6.2	Organisering	21
6.3	Lokale.....	21
6.4	Bemannings.....	21
7	<i>Kompetansesentral</i>	22
8	<i>Ambulansestasjon</i>	23
9	<i>Interne Samdriftsgevinstar</i>	24
10	<i>Vedlegg</i>	24
	1.Grunnbemannings/Kreftsjukepleiar/Merkantil funksjon, grunngeving for auka ressurs.....	24
	2.Fysioterapi, grunngeving for auka ressurs	24
	3.Ergoterapi , grunngeving for auka ressurs	24
	4.Stillingsauke hjelpemiddellager, grunngeving for auka ressurs	24
	5.Uttale Torill Kveberg Fysioterapiorganisering.....	24

1. Innleiing

Kvam heradstyre vedtok 16.12.08 :

1. Adminstrasjonen arbeider vidare med spissing av tilbodet ved Toloheimen med tanke på utvikling av Distriktsmedisinsk Senter i Kvam.
2. Flytting av Rehab til Toloheimen
3. Flytting av Hjelpemiddellageret til Toloheimen
4. Flytting av Legevakt til Toloheimen
5. At administrasjonen arbeider for at ambulansen vert flytta til Toloheimen
6. Arbeider vidare med andre utbyggingsbehov innan Pleie- og Omsorg.

Det vart også vedteke å utvida stillinga som sjukeheimslege til 100 % stilling.

Desse tiltaka er alt delvis gjennomførte ved at det er etablert rehabiliterings- og behandlingsavdelinga og tilsett sjukeheimslege i 100% stilling. Nybygget som er under oppføring, skal innehalda kommunal legevakt og lokale for spesialistar, treningslokale for rehabiliteringsavdelinga, nye lokale for lokalt hjelpemiddellager og nye lokale for ambulansetenesta.

Heradet ynskjer utvikla eit lokalt medisinsk senter med samdrift og samarbeid mellom ulike delar av den kommunale helsetenesta. På denne bakgrunn er ”**Prosjekt utvikling av lokalmedisinsk senter på Toloheimen.**” etablert. Prosjektgruppene er slik samansett:

1.1 Styringsgruppe:

Pleie- og omsorgssjef Åslaug Bøhn Botnen - leiar

Kommuneoverlege Arne O.Aksnes

Prosjektleiar Samhandlingsreforma Hardanger – Hans Atle Soldal

Direktør Voss sjukehus – Rolf Abrahamsen

1.2 Prosjektgruppa

Leiar:

Ingegjerd P. Lid – Avdelingsleiar rehabiliterings- og behandlingsavdelinga

Medlemmar:

Lars Riise – sjukeheimslege

Fysioterapeut Grete Erdal

Ergoterapeut Hege Dale

Reidun Braut Kjosås (folkehelsekoordinator Kvam)

Bjarte Almenning – koordinerande sjukepleiar Kvam legevakt

Kari Svellingen Nygård – NSF

Ragnhild Rykkje - Fagforbundet

Kontaktperson frå styringsgruppa

Kommuneoverlege Arne O. Aksnes

1.3 Referansegruppe(r):

Leiargruppa PLO

Fastlegane / legeföreningen – Erling Lyngset

Sjukehusa – Jorunn Sivertsen . leiar for rehabiliteringsteamet på Voss sjukehus

Eldrerådet, Solveig Vestrheim

Ambulansetenesta , Alf Bergesen

Kommune fysio, Mona Kaldestad Ystebø

FFO- Hallvard Soldal

Hovudverneombud Lillian Kvamsøy

1.4 Vedtak i styringsgruppa:

1. Det vert etablert eit prosjekt utvikling av lokalmedisinsk senter på Toloheimen
2. **Prosjektet skal laga ein plan for fagleg og organisatorisk utvikling av senteret.**
3. Prosjektet skal førebu ny drift for senteret etter at nybygget vert ferdigstilt medio 2012
4. Prosjektet skal gjennomføra kompetansehevingstiltak og setja i verk ny drift etter innflytting i nye lokale
5. Prosjektet skal evaluera drifta med omsyn til måloppnåing i pkt. 1.0 og svara på:
 - a. Omfang og grad av å etablere tilbud før, i staden for og etter opphald i spesialisthelsetenesta
 - b. Forventa/ oppnådde økonomiske, kvalitative og tenestemessige effektar av tiltaket
 - c. Omfang og grad av interkommunalt samarbeid
 - d. Omfang og grad av tverrfagleg og tverrsektoriell samhandling
 - e. Omfang og grad av brukarmedverknad i prosjektet

- f. I kva grad tiltaka har bidrege til heilskaplege og koorinerte forløp for pasientane / brukarane og i den samanheng bruken av individuell plan
- g. Relasjon til BEON-prinsippet og i forhold til etablering av logisk samanhengande tenester i eit livsløpsperspektiv
- h. Omfang og grad av tilknytning til Norsk helsenett og bruk av e-helseløysingar

1.5 Prosjektgruppas arbeid

Vårt viktigste lovgrunnlag er ***Lov om helsetjenesten i kommunene***. Denne er i ferd med å verta avløyst av ***Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*** og ***Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven)***.

Vårt lokale arbeid med Toloheimenprosjektet er i tråd med intensjonane i [Samhandlingsreformen](#)

Prosjektgruppa har hatt 7 møte, 3 møte med referansegruppa og 1 samrådsmøte med styringsgruppa.

Fyrste del av oppgåva til prosjektgruppa er altså å beskriva og førebu ny drift ved Toloheimen. Dette dokument er såleis svar på Pkt. 2 i Styringsgruppa sitt vedtak : **Prosjektet skal laga ein plan for fagleg og organisatorisk utvikling av senteret.**

- Prosjektgruppa legg til grunn for arbeidet at "Overbygningen" Lokalmedisinsk senter skal innehalda Sengeavdeling, Legevakt, Spesialistpoliklinikk, Lokalt hjelpemiddellager, Frisklivssentral, Ambulansestasjon samt ein koordinerande Kompetansesentral for pleietenesta.

2. Sengeavdeling

2.1 Oppgåver å løysa

2.1.1 Rehabilitering

Kvam har gjennom mange år hatt ein velfungerande Rehabiliteringsavdeling. Oppgåva har i det alt vesentlege vore knytta til rehabilitering av gamle. Statistikk for 2010 viser at gjennomsnittsalderen er 82 år. 2/3 av pasientane er over 80 og 1/5 er over 90. Prosjektgruppa meiner at dette også i framtida skal vera den viktigste målgruppa for ein kommunal rehabil. avdeling.

Lidelsar i bevegelsesapparatet er fleirtalet av pasientane, for det aller meste er det skadar og degenerative lidelsar. Dernest kjem hjarte/karsjukdomar, inkludert hjerneslag, som den nest største

gruppa. Diagnosane elles fordeler seg på eit breidt spekter. Dette fortel oss at me driv framfor alt ein **"allmenmedisinsk rehabiliterings-avdeling"**, me vert ikkje spesialistar på enkelte diagnosegrupper. Prosjektgruppa meiner at dette også i åra som kjem vil liggja til grunn for vårt arbeid.

Om lag 60% av pasientane vert innlagt frå heimen eller omsorgsbustad. Ofte er dette eldre pasientar som treng trening og eit løft for å bevare ADL-funksjonar og derved kunna greia seg heime ei stund til. Me må gå ut frå at dette også i framtida skal vera ei viktig oppgåve for avdelinga. Dette er dessutan ei gruppe pasientar som ikkje har noko tilbod i 2. linjetenesta. Frå sjukehus kjem pasientar som har trenings/restitusjonsbehov etter medisinske hendingar som hjerneslag eller hjarteskjukdom og kirurgiske pasientar som treng rehabilitering t.d etter skadar eller operasjonar av anna grunn.

Dette er eit primærmedisinsk tilbod i kontaktflata mellom samfunn og helseteneste. Heri ligg utvilsomt vår styrke samanlikna med t.d. rehabiliterings-institusjonar i 2. linje tenesta. Me kjenner lokale tilhøve i heimetenester, har nær kontakt med fastlegane, kan lett orientera oss om butilhøve, topografi, kjenner kanskje familien osv.

Faggruppene som jobbar saman ved Kvam Behandlings- Og rehabiliteringsavdeling i dag er:

Hjelpepleiarar, Helsefagarbeidarar, hjelpemiddelteknikar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, lege og ergoterapeutar.

2.1.2 Vurderingsopphold

Ein viktig føresetnad for å gje våre pasientar eit godt tilbod og samstundes vera grunnlaget for rasjonell bruk av kommunale pleie- og omsorgsressursar, er kartlegging og observasjon av pasientar. Denne oppgåva kan dels vera "reindyrka" som eit observasjonsopphald. Men oftast er det ein integrert del av ei pasientoppfølging anten pasienten er definert tilhøyrande rehabilitering eller t.d. meir preg av "behandlingspasient". Alt i dag er dette ein viktig del av vårt arbeid. Desse pasientane kjem ofte frå sjukehus men mange kjem direkte frå heimen.

Sentrale fagpersonar er hjelpepleiarar og sjukepleiarar som bidreg med systematiske observasjonar i t.d. måltidssituasjonar, personleg hygiene og sosial fungering. Ergoterapeut er viktig med si systematiske tilnærming til ADL-funksjonar, kognisjon m m. Fysioterapeuten er sameleis sentral med si vurdering av fysisk funksjon osv. Metodikken kan vera alt frå skjemasbasert kartlegging til pleiarens skarpe blikk i ein måltidssituasjon. I botnen skal liggja ei medisinsk vurdering og diagnostisk avklaring frå legen si side.

2.1.3 Intermediærsenger/"Øyeblikkelig Hjelp"-senger

Innan feltet kommunale institusjonstenester definerer Samhandlingsreformen inn fleire oppgåver enn det me er pålagt i dag.

Dels er det ei vidareutvikling av dagens praksis med rask utskrivning frå sjukehus til lokal sjukeheimsavdeling der påbegynt behandling eller rehabilitering skal fullførast. Alt i dag er dette ein del av drifta og ei oppgåve me meiner vert løyst på ein god måte. Føringane i Samhandlingsreformen tilseier at me må bu oss på å overta pasientar på eit endå tidlegare tidspunkt i behandlingsforløpet.

Dels vert det ei lovpålagt plikt til å etablere eit Øyeblikkelig Hjelp-tilbod i sengeavdeling: akutt hjelp eller observasjon i staden for eller før sjukehusinnlegging. Dette skal innførast i perioden 2012-2015. Dette er ei ny kommunal oppgåve. I lovteksten [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) heiter det:

”§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.....”

2.1.4 Palliative senger

Helsedirektoratet har i 2010 gitt ut [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen](#). Her er det gitt detaljerte beskrivelsar om kva oppgåver dei ulike nivåa i helsetenesta er forventa skal løysa. Her står ”En palliativ sykehjemsenhet er neppe realistisk i enkeltkommuner med færre enn 10-15 000 innbyggere”.

Såleis er pasientgrunnlaget vårt for lite til å oppretta ein eigen avdeling for palliativ omsorg og pleie ved livets slutt. Det er ikkje særleg realisme i at eit interkommunal samarbeid vil kunna auka denne populasjonen så mykje at me kan få ei eiga avdeling. Det vert difor ei vidareføring av den ”kombidrifta” me i dag har i Behandlingsavdelinga.

Oppgåvene er definert slik:

”Oppgaver

Legge til rette for og gi god symptomlindring og god terminal pleie og omsorg for alle pasientene i sykehjemmet.

Klinisk tilbud

- Alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon (se [kap.](#))
- Alle sykehjem bør utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminal pleie

Organisering og personale

- Minst en sykepleier fra sykehjemmet bør være med i nettverket av ressursykepleiere i foretaket
- Sykehjemslegen bør ha god kompetanse i palliasjon, tilsvarende nivå B (se [vedlegg 2](#))
- Legetjenestene bør organiseres slik at bruk av legevaktlege begrenses til et minimum
- Sykehjemmet skal ha tilgang til andre relevante faggrupper, minimum prest og fysioterapeut
- Det bør legges til rette for god kontakt med og mulighet for råd og veiledning fra enheter med spesialkompetanse i palliasjon: Palliativ enhet i nærliggende sykehjem og/eller palliativt senter i det lokale helseforetaket.

Lokaler og utstyr

- Enerom for terminal pleie
- Fasiliteter for pårørende
- Samtalerom

Øremerkede palliative senger i sykehjem

I små kommuner kan en egen palliativ sykehjemsenheter være uhensiktsmessig og vanskelig å gjennomføre. Et alternativ kan være å øremerke en eller et par sykehjemssenger for palliativ behandling og benytte disse etter behov. Senger øremerket for palliasjon kan være en motiverende organisering som gir økt fokus på fagfeltet, er kompetansegenererende og har positive ringvirkninger for sykehjemmet som helhet.

Palliative senger i sykehjem krever tilfredsstillende lokaliteter (skjerming, mulighet for overnatting for pårørende) og tilstrekkelig kompetanse hos personalet til å gi god grunnleggende palliasjon. Minst en sykepleier bør ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg. Sykehjemmet skal ha tilgang til andre relevante faggrupper, minimum prest og fysioterapeut. Samarbeid med palliativt senter i det lokale helseforetaket og med regionalt palliativt senter er nødvendig.

2.1.5 Spesialoppgåver kring einskildpasientar

Det er uråd å definera ei slik type oppgåve på generelt grunnlag. Teoretisk kan ein t.d. tenkja seg tilbod bygd opp kring "kronikarar" einskildvis der motivet er flytta eit behandlingstilbod ut frå sjukehuset for å spara pasienten lang og hyppig reis. Døme på slikt tilbod kunne vera dialysebehandling.

Behovet vil på ein liten populasjon vera svært varierende og må knyttast til enkeltpasientar og må skje i nært samarbeid med spesialavdeling. Det vil krevja særskilt utstyr og opplæring av personell.

Ei viktig innvending her vil vera at ein får for lite "mengdetrening" og kvaliteten vert deretter.

2.1.6 Pålagte oppgåver innan ernæring

Ernæring for eldre og sjuke har vore eit sentralt tema siste åra både for primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Helsedirektoratet har i 2010 publisert "[Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring](#)" der ein gjennomgår definerte oppgåver også for primærhelsetenesta.

Det heiter mellom anna

".....

Primærhelsetjenesten

- Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg₁ (C)*
- For å vurdere ernæringsmessig risiko anbefales MNA og MUST (B). NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ (D)*
- Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke o.s.v.) regelmessig (C)"*

Avdelinga har utvilsomt eit forbedringspotensiale kva gjeld systematisk arbeid innan ernæring.

2.2 Korleis løysa oppgåvene

2.2.1 Driftsmodell

I dag er sengeavdelinga driftsmessig og bygningsmessig delt i 2:

8 senger i austfløyen ein har kalla behandlingsavdeling

7 senger i vestfløyen som dekkar rehabiliteringsfunksjon.

(Etter utbygging vil sengetalet vera 8+8)

I desse 15 sengene inngår i dag også avlastning og langtidsplassar, litt varierende tal etter behovet.

- **Antal sjukeheimssenger i kommunen**

I drifta til no har me erfart at talet på sjukeheimsplassar i Kvam er for lågt. I 2010 var gjennomsnittleg 1/3 av sengen på behandlingsavdelinga opptekne av pasientar som venta på kommunal omsorgsbustad eller sjukeheimsplass. Lengst ventetid var det for dei som venta på sjukeheimsplass.

Det er såleis naudsynt å utvida totaltalet sjukeheimsplassar i kommunen av to grunnar:

-for å løysa ovanståande oppgåver må sengetalet utvidast på behandlings- og rehab. Avdeling. I praksis kan det løysast ved at faste avlastnings/langtidsplassar vert flytta annan stad

-dersom denne avdelinga skal fungera etter hensikten må mottaksapparatet vera på plass, dvs ferdigbehandla pasientar må tildelast anna kommunalt tilbod

➤ *Prosjektgruppa tilrår å gjenåpna 6 sjukeheimsplassar ved Øysteseheimen.*

- **Samdrift internt i avdelinga**

Sengeavdelinga er i dag til ei viss grad drive som 2 separate avdelingar. For å gjera avdelinga meir robust driftsmessig og samstundes henta ein "stordriftsgevinst", må ein på nokre felt samordna dei to sidene i avdelinga meir.

Det har internt i avdelinga alt vore drøfta samordning av kjøkenfunksjon og måltidsførebuing. På begge sider er måltida ein viktig observasjonsarena, det er avgjerande at dette fortsatt vert ivareteke sjølv om ein skulle ynskja drifta dette meir felles.

Ei meir samkøyrte og fleksibel driftsmodell og intern fordeling av pleieressursar kan også vurderast.

Detaljar kring drifta vert ei intern drøfting og ligg utanfor prosjektet sitt mandat.

- *Prosjektgruppa tilrår at ein på nokre felt i større grad samordnar drifta internt i avdelinga.*

- **Grunnbemanning**

Det er ei eintydig erfaring frå drifta til no at grunnbemanninga av pleiarar må aukast. Dette bør skje ved at ein tilset fleire hjelpepleiarar/Helsefagarbeidarar. Prosjektgruppa tilrår å auka bemanninga på pleiesida med 3 nye stillingar. På den måten kan sjukepleiarane i større grad konsentrera seg om spesifikke sjukepleiefaglege oppgåver og overlata til andre, dei meir basale pleieoppgåver. Ved ei auka grunnbemanning kan ein også då lettare greia absorbera fråver ved t.d. hospitering på sjukehus, kurs eller anna kunnskapsoppgradering. Det vil også vera lettare for andre avdelingar å nytta våre ressurspersonar utan at avdelingsarbeidet vårt "kollapsar".

[I Vedlegg 1 er dette grunngeve meir i detalj](#)

- *Prosjektgruppa tilrår å auka grunnbemanninga med 3 nye hjelpepleiar/Helsefagarbeidarstillingar*

- **Palliative senger**

I [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen](#) heiter det at "Palliative senger i sykehjem krev tilfredsstillende lokalteter (skjerming, mulighet for overnatting for pårørende) og tilstrekkelig kompetanse hos personalet til å gi god grunnleggjende palliasjon. Minst en sykepleier bør ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg"

Lokalitetane slik dei er i dag er lite tilfredsstillande kva gjeld tilhøve for pårørande. Prosjektgruppa tilrår at ein vurderer å leggja til rettes for å nytta eit tilliggjande pasientrom til pårørande. Desse romma bør kunna kommunisera med ei dør direkte. Når behovet for slik sørvis ikkje er til stades kan ein nytta det som 2 pasientrom.

Me manglar sjukepleiar med utdanning innan palliasjon eller kreftomsorg i avdelinga. Me tilrår å auka sjukepleieressursen med 100% stilling med krav om utdanning innan palliasjon eller kreftomsorg.

- *Prosjektgruppa tilrår å tilretteleggja for bruk av 1 pasientrom til pårørande*
- *Prosjektgruppa tilrår å oppretta ny 100% stilling for sjukepleiar med utdanning i kreftomsorg eller palliasjon.*

- **Rehabiliteringsfunksjon**

I prosjekt gruppa har ein inngåande drøfta ei meir åpen felles avdeling kontra ein driftsmodell der ein framleis reindyrkar Rehab som spesiell og funksjonsmessig eigen avdeling. Det er semje om at dei ulike oppgåvene ein skal løysa, er sopass prinsipielt ulike at det er naudsynt og ei stor føremun framleis å ha 2 fysisk atskilte avdelingar med kvar sine oppgåver. Døme på slik uheldig samanblanding av funksjonar er palliativ omsorg i livets slutfase og pasientar som treng eit positivt "antidepressivt" miljø i rehabiliteringsfasen etter sjukdom eller skade. Prosjektgruppa tilrår at Rehabiliteringsavdelinga består som ei separat eining . Ovanstående merknader om meir samordna drift på nokre felt er like fullt mogeleg.

Når avlastningsplassar flyttar ut og treningsrommet til fysioter. vert omgjort til pasientrom vil her då vera 8 senger. Det er ikkje realistisk å kunna fylla alle 8 sengene med det ein tradisjonelt oppfattar som rein rehabilitering. Omgrepet rehabiliteringspasient må ein då sjå i ei vidare tyding. Særleg gruppa eldre med marginal funksjonsevne og som treng eit treningsløft for å greia seg heime eller i Omsorgsbustad, er i dag pasientar som ofte i inntaksmøtene vert "skyvd på". Denne viktige førebyggjande funksjonen kan me fylla på ein meir systematisk måte.

Det er vår vurdering at dagens stillingsressurs for fysioterapeut på Rehab. med 100% stilling er rimeleg dimensjonert og dekkar behovet.

➤ *Prosjektgruppa tilrår at ein framleis reindyrkar Rehab-funksjonen i avdelinga.*

- **Fysioterapisørvis på Behandlingsavdeling**

Behovet for fysioterapisørvis på Behandlingssida er også stort. Den grunnleggjande tankegangen om rehabilitering og gjenvinning av funksjon vil gjelda dei fleste pasientar også om dei er på Behandlingsavdelinga. Grunnen for plassering eine eller andre sida av gangen er fyrst og fremst vurdert ut frå kor stort behovet for pleie og tilsyn er.

I dag er det organisatorisk/administrativt og praktisk ordna slik: Fysioterapeutane er organisert i eiga avdeling og må hentast til oss med ei henvisning.

Denne modellen tilrår Prosjektgruppa vert endra slik: Avdelinga vert tilført eigen stilling i 50% som organisatorisk vert underlagt avdelingsleiar og såleis vert ein del av teamet på Behandlingsavdelinga. Sjølv om dei ulike fysioterapeutane høyrer til ulike delar av avdelinga og ulike delar av huset, må ein forutsetja at arbeidsdelinga er fleksibel og etter behov.

[Detaljert grunngjeving/beskrivelse av oppgåver ligg i Vedlegg 2](#)

Fysioterapiavdelinga v/ leiar Torill Kveberg er usamd i ei slik vurdering. Hennar uttale ligg som [Vedlegg 5](#)

- *Prosjektgruppa tilrår Behandlingsavdelinga vert tildelt 50% stilling som fysioterapeut som administrativt vert underlagt avdelingsleiar.*

- **Ergoterapisørvis**

Ergoterapisørvis er grunnleggjande viktig for å løysa oppgåver både når det gjeld det ein tradisjonelt har lagt i omgrepet rehabilitering og ikkje minst i tilrettelegging i etterkant av slik rehabilitering med hjelpemiddel osv. Ergoterapeuten er også sentral i kartlegging av pasientar med kognitiv svikt.. Ergoterapeuten har sitt virke i alle soner og har samarbeidspartnarar i ulike tenester (t.d. PPT, teknisk, NAV m.m). I Kvam er det i dag 1 ergoterapeut som skal dekke behovet for ergoterapi på alle områder. Dette medfører lange ventelister, og at ein ikkje får utført det som er behovet. Det medfører også for lite høve til fagleg påfyll som kurs og hospitering. Prosjektgruppa meiner difor det er trong for å styrka ergoterapitilbodet med 100% stilling.

Detaljert [grunngeving/beskrivelse av oppgåver ligg i eige Vedlegg](#)

- *Prosjektgruppa tilrår å styrka ergoterapitilbodet med 100% stilling*

- **Legesørvis**

Legetilbodet er i dag 100% stilling som dekkar Rehab. og Beh avd i tillegg til langtidsavdelingar på Toloheimen. Legen er tilgjengeleg utanom arbeidstid i ei "lausleg" vaktordning. Prosjektgruppa meiner at dette er ei tilfredsstillande organisering og høveleg dimensjonert med dei oppgåvene ein skal løysa. Når legevakten vert samlokalisert ligg det til rettes for at tilgang på lege vert endå betre. Imidlertid ligg det ein kvalitetsmoment idet faktum at sjukeheimslegen som kjenner pasientane, framleis skal vera den som har hovudansvaret også etter kl 16.

- *Prosjektgruppa tilrår å vidareføra dagens legestilling i 100%*

- **Logopedesørvis**

Diagnostisering og behandling av språk- og kommunikasjonsvanskar er logopedens arbeidsfelt.

Nokre gonger har me pasientar med trong for logoped-behandling. Særleg gjeld dette personar som har hatt hjerneslag. I dag skjer kontakten ved vanleg tilvising til kommunal logoped. Dette er ei tilfredsstillande ordning. Det er ikkje trong for å endra på dette.

- *Prosjektgruppa tilrår å vidareføra dagens henvisningspraksis til logopedi*

- **Merkantil sørvis**

Lover og forskrifter pålegg oss omfattande plikter kva gjeld dokumentasjon og internkontroll. Særleg på korttidsavdelingane våre med høg turnover av pasientar er det eit stort forbettringspotensiale når det gjeld å halda orden på dette feltet. Trongen for slik sørvis vil auka når pasientstraumen aukar, slik ein legg opp til ved ny drift.

I tillegg vil ein kunna avlasta avdelingsleiar med sekretærfunksjonar slik at ho i større grad kan konsentrera seg om fagleg leing.

Særleg følgjande område er krevjande i so måte:

- Personaladministrasjon
- Pasientadministrative system med vedtak osv
- Medisinsk/pleie-journal

Behovet er estimert til 100% stilling. Det ville vera ein ideell kombinasjon om aktuell person hadde helsefagleg bakgrunn og samstundes kvalifisert innan merkantile funksjonar.

Dersom me får på plass eit betre journalsystem vil behovet for merkantil hjelp vera mindre.

Ein er kjent med at merkantile ressursar i PLO er under omorganisering. Det er naturleg at våre behov vert sett i samanheng med dette.

[Detaljert grunning/ beskrivelse av oppgåver ligg Vedlegg 1](#)

- *Prosjektgruppa tilrår å oppretta 100% merkantil stilling*

- **Ernæringseksptise**

Både i korttidsavdelinga og i langtidsavdelingane er det eit udekket behov for kunnskap og ekspertise om ernæring. Systematikken på dette feltet kan verta mykje betre. I tillegg til å styrkja pleiarane sitt kunnskapsnivå er det også trøng for å knytta til seg spesialistar innan ernæringsfeltet. Her kan utvilsomt vera mogeleg med samdrift andsynes Frisklivssentralen. Ein kan sjå for seg ein modell med fast tilsetjing i ein viss størrelse eller alternativt knytta til seg slik ekspertise på konsulentbasis.

- *Prosjektgruppa tilrår i ein utprøvningsfase å knytta til seg slik ernærings-ekspertise på konsulentbasis*

2.2.2 Labfunksjonar

Laboratoriefunksjonen skal samkjørast både kva gjeld personell, lokale og utstyr med legevakt. Mengda prøvar vil vera lavt, anslagsvis 2-4/dag. Mange av analysane t.d. CRP, glucose urinstix vil fortsatt vera "bedside" utført av sjukepleiar i avdelinga. Med eit så lavt volum er det uaktuelt med eigen laboratorietilsett som bioingeniør eller helsesekretær. Prosjektgruppa tilrår at Dagvakt på legevakt skal stå for prøvetaking, analyse og klargjering av sendeprøvar.

Det vil vera eit **lokalt analyserepertoar** som stort sett ligg på det nivå som fastlegekontora driv. Tilgangen på desse analysane skal vera fram til stengetid på Legevakt. Lokalt bør me kunna få svar på følgjande analysar:

Blodanalysar: HB, LPK; TPK, MCV, LPK-Diff, CRP, Glucose, HbA1C, SR, INR, D-dimer

Serologi hurtigtestar: EB virus, Helicobacter Pylori

Urinalysar: Kjemisk us ("stix") for Leukocyttar, nitrit, albumin, Hemoglobin, glucose.

Dyppekultur, Mikroskopi

Anna: Streptokokk antigentest

Tilbodet og behovet for prøvar vil vera i endring og tilpasningar vil skje fortløpande.

Me vil sjølvstøtt fortsatt vera avhengig av **eksterne laboratorium** som no. I dag er det ingen elektronisk kommunikasjon med [Lab på Haukeland](#). Det er heilt naudsynt at dette vert etablert. Dessutan er det naudsynt med ein funksjonell og oversiktleg datajournal.

Transporten av prøvane skjer i dag med bud. Me går ut ifrå at dette vil halda fram. Kravet til logistikken må uansett vera at prøve tatt ein dag skal vera analysert og svar overført elektronisk direkte i journal til neste føremiddag (slik som er standard ved legekontora)

Kvalitetskontroll av laboratorieanalysane skal som i dag skje i regi av NOKLUS (**N**orsk **K**valitetsforbedring av **L**aboratorievirksomhet **U**tenfor **S**ykehus)

NOKLUS med sin laboratorieekspertise vil også vera samarbeidspartnar under oppbygging av vårt laboratorium

- Prosjektgruppa tilrår at **Dagvakt på legevakt skal stå for prøvetaking, analyse og klargjering av sendeprøvar.**
- Prosjektgruppa tilrår at **ein framleis er medlem av NOKLUS**

2.2.3 Journalsystem

Kravet i lov og forskrift til dokumentasjon ligg tungt over oss. Sviktande og mangelfull journalføring er ein gjengangar i tilsynssaker.

Det vil vera minst like sterke krav i framtida. Dessutan vil ein meir aktiv avdeling krevja meir adekvat og oversiktleg journalføring. Også innan vårt felt vil trongen for kvalitetsforbetring, statistikk for driftsanalyse og evt. forskning auka. Dette set krav til funksjonalitet i journalsystema og moglegheiter for ekstraksjon av data frå pasientbehandlinga. Eit funksjonelt program vil kunna redusera trongen for merkantilt personell i avdelinga. Eit funksjonelt skjemabasert program vil dessutan frigjera tid for pleiarane til det dei er meint for: omsorg for pasientane.

Vårt journalsystem i dag er Geric. Dette vert beskrive som funksjonelt når det gjeld den pasientadministrative sida (altså administrative vedtak, sakshandsaming m.m.) Som medisinsk journal og som pleiejournal er programmet etter vår vurdering derimot uegna. [Journalforskriften](#) definerer ikkje pasientadministrative sider ved drifta som ein del av journalen.

Prosjektgruppa meiner det er naudsynt å arbeida for eit nytt journalprogram. Eit nytt journalprogram må som eit minimum stetta følgjande:

1. Oversiktleg
2. Felles for alle faggrupper involvert i pasientbehandlinga

3. Mest mogeleg sjølvforklarande og logisk oppbygd
4. Færrast mogeleg tastetrykk for å koma til rett side
5. Kommunisera med eksterne aktørar (som sjukehus, lab, fastlegar)
6. Vera skjemasert (for kvalitetssikring og for at rutinemessig journalføring vert rask og effektiv)
7. Kunna integrera ekstern beslutningsstøtte direkte i programmet
8. Medikamentmodulen vera direkte kopla mot interaksjonsdatabase
9. Med "eitt tastetrykk" kunna henta ut data for kvalitetskontroll og statistikk for ulike parametre
10. Kunna leggja inn påminningar/varsel om faste rutinar (godt døme: vektkontroll)
11. Kunna koplata mot prosedyrar i t.d. hygieneperm og prosedyrehandbøker
12. Overvåking av kliniske data som infeksjonar, medikamentbruk m.m.
13. Vera kompatibelt med nye elektroniske kommunikasjonssystem

➤ **Prosjektgruppa meiner det er naudsynt å arbeida for eit nytt journalprogram.**

2.2.4 Personellbehov, samanfatta

Utgangspunktet er det som alt er av bemanning på dagens Rehabiliterings- og Behandlingsavdeling. Ovanstående dokumenterer behov for å auka med følgjande stillingar til Kvam Behandlings- og Rehabiliteringsavdeling:

➤ **Prosjektgruppa tilrår å styrkja bemanning slik:**

- 3 nye hjelpepleiar/Helsefagarbeidar –stillingar for å auka grunnbemanning
- 1 stilling for sjukepleiar med spesialutdanning i Kreftsjukepleie eller palliativ omsorg
- 50 % Fysioterapeut Behandlingsavdeling
- 100% Ergoterapeut eksklusivt knytta til sengeavdelinga
- 100% merkantil stilling (kan reduserast ved eit tenleg journalsystem)
- Dagtidsressurs på Legevakt
- Ernæringsekspertise på konsulentbasis

Leiar Kompetansesentral (sjå nedanfor) (ikkje knytta til Sengeavd)

dagleg leiar i 60% stilling Frisklivssentral (ikkje knytta til Sengeavd)

Utvida stilling som tekniskar ved Hjelpemiddellager, totalt til 2,1 stilling (som tidlegare)

➤ **Prosjektgruppa tilrår å prioritera 3 område i rekkefølga:**

1. Auka grunnbemanning

3. 100% Ergoterapeut eksklusivt knytta til sengeavdelinga

2. Auka bemanning Hjelpemiddellager

2.2.5 Utstysrbehov

Av medisinsk utstyr er det alt kjøpt inn det me meiner er tilpassa dagens drift. Sjå vedlegg. Ein må for sengavdelinga anta at det ikkje er behov for ytterlegare innkjøp ved utvida drift. Legevakten vil ha trong for omfattande utstysrsinnkjøp som også vil stetta dei behov som sengeavdelinga har.

Viser til vedlegg (ikkje lagt inn førebels)

Fysioterapeutane har også utstyr tilpassa dagens drift. Ved installasjon i ny avdeling vert det trong for noko nytt utstyr i tillegg. (Førebels ikkje utarbeidd)

2.2.6 Samarbeid 2. og 3. linjetenesta

Ein av grunntankane i [Samhandlingsreformen](#) er å få dei ulike nivåa i helsetenesta til å samarbeida betre. Det er inngått avtalar mellom kommunane og Helse Bergen som regulerer prinsippa for samhandling i dag.

Kvardagen i avdelinga vil vera konkret samhandling , for det meste omkring enkeltpasientar.

Prosjektgruppa vil ut frå dagens erfaring tilrå:

- Ved utskrivning frå sjukehus til avdelinga skal sjukehuspesialist ha eit forlenga ansvar vidare under behandling ved Toloheimen. Sjukeheimslegen vil då vera hans "assistentlege" under oppholdet hos oss. Spesialisten er tilgjengeleg for drøftingar , evt med stedfortrederar på vakt.
- Tilsvarande kontaktperson på sjukepleienivå
- Skriftleg epikrise med adekvate behandlings- og oppfølgingsinstruksjonar samt kontaktinformasjon skal alltid følgja med pasienten ved utskrivning (stort sett er dette også tilfelle i dag, i alle fall frå VS)
- Ved særlege problemstillingar eller prosedyrer må det før utskrivning gis høve til hospitering av våre fagpersonar slik det også skjer i dag. Ynskje er at det skjer meir systematisk og i ordna former. Hos oss betingar det ei romslegare grunnbemanning.
- System for hospitering frå avdelinga til sjukehus (og andre vegar) behov for kunnskapsoppgradering anten knytta til ein bestemt pasient eller innan eit bestemt felt. Dette forutset ei grunnbemanning som kan absorbera eit visst fråver.

- **Prosjektgruppa** tilrår PLO-leiing arbeida vidare med Helse Bergen for eit tettare samarbeid og kommunikasjon kring enkeltpasientar

3. Legevakt

Heradsstyret har bestemt at Kvam Legevakt skal etablerast på Toloheimen. Ordinær drift av legevakten er 16-23 på kvardagar og 08-23 i helgar og høgtid. Drift og funksjonar ved den ordinære legevakten på ettermiddag og helg skjer uendra.

[Romsdisposisjon](#) i nye lokale er beskrive. Driftstilhøve er beskrive i anna dokument. Medsisinsk utsyr, sjå vedlegg. (utforma seinare)

[Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus](#) gjer greie for kommunale plikter ved legevakt. Her er mellom anna beskrive eit krav om formidling av akutt-hjelp heile døgnet. I dag er legevaktsnummeret på dagtid bemanna dels ved kommunal sjukepleiar og dels kjøper ein tenesta ved Helsebanken Legekontor.

Prosjektgruppa tilrår at denne dagtidfunksjonen vert utvida til 100% stilling i ordinær kontortid. Denne stillinga vil få ein sentral funksjon i det lokalmedisinske senteret. Me tilrår at følgjande funksjonar (i tillegg til sjølve legevaktsfunksjonen) vert lagt til legevakt denne stillinga:

- Laboratorieverksemd : prøvetaking, analyse og forsendelse for heile institusjonen samt kvalitetskontroll av dette arbeidet
- Svare Tryggleiksalar mar fram til Kl 23 (*?Ein del uavklara tilhøve, avklarast på eit seinare tidspunkt*)
- Ansvarleg for Fyrstehjelpsopplæring og trening for tilsette ved avdelingane i samarbeid med Ambulansepersonell
- Ansvarleg for medisinsk utstyr felles for legevakt og sengeavdelingar
- Drift av legemiddellager
- Definerte men avgrensa sekretæroppgåver mot spesialistpoliklinikk etter særskilt avtale med Helse Bergen

- **Prosjektgruppa** tilrår å auka dagtidsstillinga for sjukepleiar til 100% med ovanstående oppgåver

4. Spesialistpoliklinikk

For tida har Gyn. Avd, Vaksenpsyk. Avd. og BUP ved Voss sykehus poliklinikkdagar i Kvam.

Med politisk retorikk kan ein hevda at det er betre å flytta legen ut til pasientane enn å senda pasientane lange vegar til sykehus. Det er på andre sida slik at mange legespesialistar er avhengig av både utstyr og spesialisert personell for å kunna gjera ein jobb. Eit slikt desentralisert tilbod er difor avgrensa til delar av eit poliklinisk spesialist-tilbod. Eit slikt desentralisert tilbod er i tråd med BEON-prinsippet i Samhandlingsreforma (**Beste Effektive OmsorgsNivå**)

Døme på aktuelle område er Psykiatri, ØNH, Augelege, Gynekologi, Generell Indremedisin

Kvam Herad legg til rette med lokale og grunnleggjande utstyr i sambruk med Legevakt slik at spesialistar kan ha poliklinikkdagar ved Toloheimen. Bruk av kommunalt personell i sekretærfunksjon kan verta aktuelt etter nærare avtale.

Ein kan også tenkja seg eit samarbeid og felles konsultasjonar med aktuelle vitjande spesialistar om inneliggjande pasientar på Toloheimen

Konkret innhald og eventuelle samarbeidsavtalar ligg utanfor vårt mandat. Det sentrale no er at lokalitetar er tilrettelagt for slike funksjonar.

- **Kvam Herad legg til rette med lokale og grunnleggjande utstyr i sambruk med Legevakt slik at spesialistar kan ha poliklinikkdagar ved Toloheimen**

5. Lokalt Hjelpemiddellager

Kommunalt hjelpemiddellager er ein del av Kvam Rehabil. og Behandlingsavdeling. Denne funksjonen er heilt sentral ikkje berre for avdelinga men for heile PLO. I dag er lageret lokalisert i leigde lokale i Øystese. Dette skal flyttast til Toloheimen/Tolo Omsorg.

Vårt lokale hjelpemiddellager fyller ein funksjon som er avgjerande for fullgod pleie- og omsorg både i institusjonar og i heimane. Ofte er dette avgjerande for kor lenge pasienten kan bu heime.

Kontaktnett og teknisk dyktigheit hos dei som arbeider her, gjer at dette både er **meir enn** eit lager og **meir enn** vanleg velfylt med hjelpemiddel. Det er ikkje overdrive å sei at slik dette fungerer i dag, har spart kommunen for store summer i innkjøp. Det er viktig å ta vare på dette i det vidare og prøva gjera det mindre personavhengig og sårbart.

Funksjonen må halda fram som ein viktig del av vårt lokalmedisinske senter.

Tidlegare var dette bemanna med 2,1 stilling totalt. I dag er det 1,3 stilling her.

Me ser imidlertid at bemanningssituasjonen er uvanleg sårbar. I praksis har det ofte medført at vår Faglege leiar ved Rehab har måtta fylla funksjon som tekniskar og vaktmeister.

- **Prosjektgruppa tilrår at bemanninga ved hjelpemiddellageret vert utvida med 100% stilling.**

6. Frisklivssentral i Kvam

Eit av hovudmåla med Samhandlingsreformen er auka livskvalitet og redusert press på helsetenesta gjennom satsing på helsefremmandre tiltak og førebyggjande arbeid. Etablering av ein frisklivssentral vil vera eit viktig førebyggjande tiltak i regi av helsetenesta.

For bakgrunnsinformasjon: ["Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering"](#)

6.1 Oppgåve

I fyrste omgang er målgruppa vaksne som har auka risiko for, eller allereie har ein sjukdom eller lidning og som frå eit helseperspektiv kan ha nytte av auka fysisk aktivitet, endra kosthald og/eller røykeslutt.

Frisklivssentralen skal vera eit kompetansesenter med tilbod for personar og grupper i befolkninga som har behov for hjelp til og endra helseatferd (ernæring, fysisk aktivitet og tobakk).

Oppgåver for frisklivssentralen:

- Individuelle helsesamtalar med kvar deltakar ved oppstart og avslutning – (motiverande samtalar)
- Treningstilbod, minimum to dagar i veka.
- Samarbeid om treningstilbod i enkelte deler av kommunen (særlig i ytterkantane)
- Oversikt over treningstilbod i nedslagsfeltet
- Gje rettleiing og tips til lokale lag og organisasjonar som ønskjer å legge til rette for trening i sine nærmiljø.
- Opplæring og oppfriskingskurs for instruktørar
- Gruppetilbod om ulike tema. Nokre kurs bør vera i samarbeid med LMS Voss sjukehus. Døme på kurs er livsstilskurs, diabeteskurs, bra mat for betre helse, endringsverkstedet (eit samarbeidsprosjekt mellom Voss sjukehus, Oslo universitetssjukehus og Kvam herad/Hardangerrådet som er under utvikling), røykeslutt kurs , i ulendt terreng, lunge kurs med meir.
- Skape sosiale møteplassar. Ei samlokalisering med Frivillighetssentralen bør vurderast.
- Samarbeid med lag og organisasjonar (sjølvhjelpsgruppe)
- Dialog med fastlegar, fysioterapeutar og andre som skal tilvise tilbodet

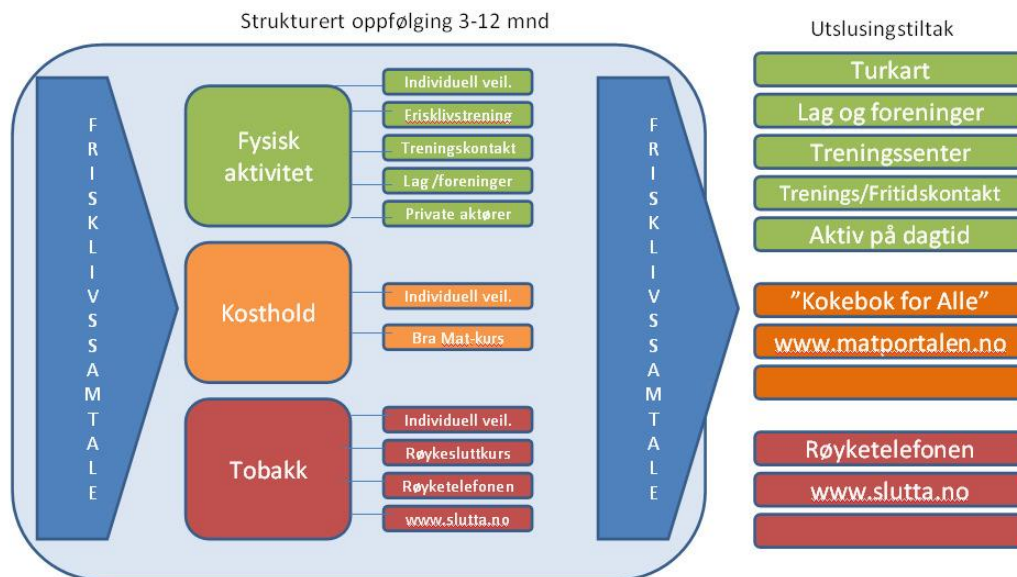
6.2 Organisering

Etablering og organisering av ein frisklivssentral er helsetenesta sitt bidrag i folkehelsearbeidet. Frisklivssentralen bør derfor forankrast i helsetenesta.

Ei samlokalisering med frivillighetsentralen kan vera viktig for å skapa sosiale møteplassar.

Skjematisk oversikt over korleis gangen i ein frisklivssentral er tenkt:

Tiltaksoversikt Frisklivssentralene



6.3 Lokale

Lokal til frisklivssentralen bør innehalde:

- to kontor (daglegleiar og helsesamtaler)
- stort møterom (til grupper , kurs)
- kjøkken (til kursverksemd)
- Lokala bør ligge i rimeleg nærleik til egna områder for å drive fysisk aktivitet. Nærleik til turområde er viktig!

6.4 Bemanning

Frisklivssentralen må ha ein daglegleiar. I tillegg må det være personar som kan halde treningstimar, gjennomføre helsesamtalar, vera kursleiarar på diverse kurs innan fysisk aktivitet, ernæring, røykeslutt, endring med meir.

Dagligleiar: administrasjon, helsesamtalar, kursleiar og instruktør (bør kunne gå inn i alle roller)

Treningsinstruktørar (timebasis): fysioterapeutar eller andre med kompetanse på fysisk aktivitet.

Kursleiarar/gruppeleiarar: personar med kompetanse innan ernæring, endring, tobakk og fysisk aktivitet.

Det er vanskeleg å sei kor stor stillingsandel som bør vera knytt til ein Frisklivssentral. Dette avhenger mellom anna av talet på brukarar. Ein tilrår og starta med eit enkelt tilbod og auke etterkvart som frisklivssentralen vert meir kjend og meir brukt.

6.5 Finansiering

Kvam herad har motteke kr 400 000 frå Helsedirektoratet/Hordaland fylkeskommune til utvikling og etablering av frisklivssentral i kommunen. I tilskotsbrevet står det opplyst at pengane må brukast i 2011, men etter avtale med Hordaland fylkeskommune kan vi overføre tilskotet til 2012.

- **Prosjektgruppa tilrår at det tilsettes ein dagleg leiar i 60% stilling. I tillegg må det tilsettas instruktørar til treningsgrupper og kursleiarar til gruppetilbod på timebasis.**

7 Kompetansesentral

”Summen” av opparbeidd kunnskap i vårt lokale helsevesen gjev stor tyngde og breidde. Prosjektgruppa meiner her er eit uutnytta potensiale i å bruka kvarandres kompetanse. Formell og uformell kompetanse kan ein opparbeida seg gjennom praktisk arbeid/erfaring, formelle utdanningsvegar, enkle eller meir omfattande kurs, hospitering osv. Lista kan gjerast lang og omfattande.

Innan sjukepleiegruppa finst det alt i dag kompetansenettverk i t.d. palliativ omsorg og innan demens der ein får høve til å gå meir i djupet på sine felt. Andre grupper som fysioterapeutar og legar har lang tradisjon på aktiv vidare- og etterutdanning. Vidareformidling internt er i mindre grad gjort systematisk. Det er viktig å trekkja med alle personellgrupper i eit arbeidsfellesskap der målet er pasientens behov og ynskje om framgang.

Døme på område der me betre kan utnytta den kunnskapen som finst:

- Demensomsorg, er kunnskapen frå våre spesialavdelingar utnytta og etterspurd elles i kommunen?
- Palliativ omsorg, er ressurspsykepleiarane våre brukt på rette måten eller plassert i dei rette posisjonane?
- EVUK-prosjektet ga mange eit kunnskasløft, er dette kome fleire til gode og utnytta i praktisk gjerning?

- Praktisk erfaring med intravenøs behandling eller sondeernæring som behandlingsavdelinga har mykje av, kan andre delar av PLO dra nytte av dette?
- Når nokon har vore på kurs eller anna systematisk opplæring, vert dette utnytta også andre stader i i sin eigen avdeling?

Med den sentrale funksjon Lokalmedisinsk Senter på Toloheimen vil få i den kommunale del av primærhelsetenesta, er det naturleg å samla ein slik funksjon her.

Modellen må etter gruppas oppfatning byggjast opp slik:

Tilsetja 1 person i 100% stilling med helsefagleg bakgrunn på høgskulenivå som får følgjande oppgåver:

- Skaffa oversikt og oppdatera database om tilsettekompetanse
- Laga system for kunnskapsformidling
- Vera sentral for formidling av kontakt av ressurspersonar innan etaten
- Laga funksjonelle system for bruk av dei ulike ressurspersonar
- Organisera undervisning både med interne og eksterne ressursar, både på Toloheimen og i andre soner
- På bakgrunn av slik oversikt over kompetanse, påpeika behov for kunnskapsheving og gje råd om systematisk vidare-og etterutdanning til leiargruppe.

Ein billegare og dårlegare modell ville vera å knytta ein slik funksjon til den merkantilt tilsette.

- **Prosjektgruppa tilrår å tilsetja 1 person i 100% stilling med helsefagleg bakgrunn på høgskulenivå tillagt ovannemde oppgåver.**

8 Ambulansestasjon

Det er inngått avtale med Helse Bergen om leige av lokale til ambulansestasjon i tilbygg til Toloheimen. Drift av ambulansestasjon er ikkje ei kommunal oppgåve.

Me ser på dette som eit fagleg samkvem og samarbeid når det gjeld akuttmedisinske funksjonar som kan berika begge partar.

9 Interne Samdriftsgevinstar

Noko av grunntanken med å samla ulike funksjonar under eitt tak i eit Lokalmedisinske senter er å oppnå samdriftsfordelar i ein liten kommune. Ovanfor har me gjort greie for korleis dette kan skje. Punktvis ser dette slik ut:

- Laboratoriefunksjon vert samordna, oppgradert og kvalitetssikra for heile institusjonen
- Laboratorium tilgjengeleg heilt fram til kl23 (i legevaktas opningstid)
- Felles bruk av medisinsk utstyr mellom legevakt, korttids-/langtidsavdelingar, spesialistpoliklinikk
- Felles legemiddellager
- Legevaktsjukepleiar på dagtid kan tilleggjast ulike funksjonar for avdelingane
- Legevaktslege på huset er lett tilgjengeleg i akuttsituasjonar.
- Legespesialistar på huset kan konsulterast om inneliggjande pasientar
- Fagleg utviklande fellesskap mellom sengeavdelingar, legevakt og ambulanspersonell
- Merkantile funksjonar kan vera felles , evt tilleggjast oppgåver for andre soner
- Kompetansesentral bidrar til betre ressursutnytting

10 Vedlegg

[1.Grunnbemannning/Kreftsjukepleiar/Merkantil funksjon, grunngjeving for auka ressurs](#)

[2.Fysioterapi, grunngjeving for auka ressurs](#)

[3.Ergoterapi, grunngjeving for auka ressurs](#)

[4.Stillingsauke hjelpemiddellager, grunngjeving for auka ressurs](#)

[5.Uttale Torill Kveberg Fysioterapiorganisering](#)

Vedlegg 1:

Grunngeving for auka grunnbemanning/Kreftsjukepleiar/Merkantil Ressurs

Kvifor behov for auka grunnbemanning?

Avdelinga har pr.i dag 15 pasientrom . Når nytt påbygg er ferdig og avd.får eige treningsrom, vil det auka til 16 rom.

Det at dette er ei korttidsavdeling der pasientane i hovudsak er frå 2 – 4 veker gjer at avdelinga er meir ressurskrevande enn ei vanleg institusjonsavdeling med langtidspatientar.

Det kan vera utskifting av 2 – 4 pasientar dagleg.

Ved utskrivning:

- gjere avtale med pårørande eller bestille drosje
- ofte ynskjer pas få dusja og treng hjelp med pakking før utreise.
- Skrive utskrivningsrapport
- Opplatare Iplos (ADL)
- Avslutte tiltak på Gerica og overføre pas til ny gruppe.
- Klaragjera vidare medisinbruk og sikra at pas har nødvendige reseptar.
- Plo og pårørande må om nødvendig kontaktast

Ny pas:

- Klargjering av rom, rydde, vaske og skifte sengetøy
- Ta i mot pas. og hjelpe til rette på rommet
- Spl.samtale og innhenting av info
- Lese gjennom papir frå sjukehus evt fastlege
- Skrive innkomstrapport
- Lage pleieplan i Geica
- Registrere Iplos

- Lage journal
- utføre vekt av pas og om behov lage ernæringsplan
- Skrive evt. kontrollere medisinaliste i Gerica
- Gå opp på medisinalrom og lage klar medisinaldosett. Denne må kontrollerast av spl.nr2
- Lage kvitteringslister og få alt på plass i medisinaltralle og perm på vaktrommet.

Dette er krevande arbeidsoppgåver som krev konsentrasjon og nøyaktighet og må utførast av sjukepleiar innan kort tid etter at at pas er komen.

- Under opphaldet er det oftast innkalla til pårørandesamtale der primærspil er med . Desse møta tek ca 1 – 1,5 time og me kan har 2-3 slike møter kvar veke
- Omsorg ved livets slutt og stell av alvorleg sjuke krev ofte at eit personale det meste av vakta må konsentrera seg om den eine pasienten.
- I tillegg kjem legevisitt, dokumentasjon, rapportar, tverrfaglegemøter mm.
- Bestilling av medisin (elektronisk innan tildsfrist)

T
i
l
i
n
n
h
a
l
d

Paralellt med det daglege arbeidet rundt pasientane har det same personale ansvar for dagleg drift av kjøkken: frukost , middag, kaffi og kvelds (mating, diettar, sondemat,) rydde og vaske på kjøkken (strenge rutinar) bestille mat, ta imot matvarer som skal kontrollerast og plasserast i skap.

I og med at det stadig er nye pasientar er dette arbeidet ekstra krevjande då det aldri vert faste rutinar. Matbestillinga må ofte korrigerast og personalet må heile tida oppdatera seg på kva ernæringsbehov inneverande pasientar har.

Skylleromsarbeid, sortering av klær til vaskeri og pasientklede som skal vaskast på avdeling.

Skyllerom skal ryddast og reingjerast etter strenge prosedyrar og boss, skitne sengkledde og handkle skal berast /trillast ned i kjellaren.

Reine klede skal hentast til avdeling og plasserast i skap

Medisinalskutstyr skal bestillast, hentast på lager og plasserast på rette plassar i skuffer og skap.

I ei avdeling med så stor aktivitet og bruk av utstyr er det uhyre viktig med orden og system.

Pr i dag opplever personale ei stor travelheit og psykisk press på at dei ikkje får nok tid til pas og pårande spesielt til palliative pas. Det vert mykje overtid for å bli ferdig med legevisitt og dokumentasjon.

Konklusjon:

1 ekstra pleiar på alle vakter = 2,9 årsverk.

Då treng ikkje ansvarleg sjukepleiar gå i stell me kan koma i gang med utskriving, innskriving og legevisitt med meir frå morgonen av (ikkje som no etter kl.12).

NB! Det er heilt på krevd for i det heile å kunna takla akuttinnleggelsar på kveld og helg.

Og ein vil unngå dagleg overtid slik det er pr.dd

I desse årsverka må ein tilsetja fagarbeidarar (hj.pl og sjukepleiar)

Det er nødvendig å ha nok antall spl. slik at ein er minst to stk på kveld og helg.

Kreftsjukepleiar

I tillegg er det behov for Sjukepleiar med vidareutdanning i kreftsjukepleie evt. palliativ omsorg. Avdelinga har til ei kvar tid ein eller fleire pasientar ved livets slutt. Dette er tidkrevande, kompetansekreande og også psykisk krevjande for personale. Viser til "Nasjonale retningsliner for lindrande behandling".

Kreftsjukepleiar bør vera tilnytt lokal medisinsk senter og kunna brukast ut i PLO v/behov . = 1 årsverk.

Merkantil ressurs

Krav til dokumentasjon er svært omfattande.

Med ei avdeling som tek imot nye pasientar dagaleg (inn og ut) vert det mykje papir å halda styr på og mykje innfor som sakl dokumenterast elektronisk.. Mange søknader, epikrisar, journalar, beskjedar og tlf frå sjukehus, legar mm.

Det er eit stort ynskje om ein merkantil ressurs på avdeling som kan ta imot telefonar, ta imot pårørande og andre som kjem på avdeling, ha oversikt over alle som skal inn og ut, registere på Gerica , ta ansvar for papir som skal makulerast og epikrisar mm som skal i journal osv osv.

Og dersom tid kunne avlaste avd.leiar med å dekke opp vaktbok dvs. skaffe vikarar ved fråvær.

Ingegjerd P. Lid

Sign.

Vedlegg 2: Fysioterapi, grunngjeving for auka ressurs

Uttale fra: Kommunefysioterapeuter med arbeidsområde eldre/voksne

etter muntlig bestilling fra Lars Riise 07.10.

Behov for stillingsøkning fra 2012 i samband med oppstart av LMS og økende oppgaver.

Situasjon i dag:

1. Kommunehelsetjenesta:

Fysioterapistillinger for eldre/voksne var i 2010 totalt 1,6 stilling + turnuskandidat (turnuskandidaten hadde hovedtyngden av praksisen på eldre/voksne). Fra august 2011 har vi ikke hatt turnuskandidat, men opprettet 50 % fast stilling istedet for turnus for å få mer stabil og spissa kompetanse. Vi har ikke øremerket stilling på behandlingsavdelingen i dag, og det er ikke gitt noen økning i ressurser i forbindelse med oppstarten. Antall henviste pasienter til kommunal fysioterapi og oppgavemengden har økt sterkt i 2011. Dette samtidig som "antall hender" har gått ned.

2. Behandlingsavdelinga:

Totalt antall innlagte pasienter (inn/ut) fra januar til oktober 2011 har vært 130 pasienter.

I hele 2010 (jan – des) var antallet 150 pasienter totalt. En ser derfor en økning i antall inneliggende pasienter, og disse ligger over kortere tid enn tidligere (mer "turn- over"). Med pasientøkning er det en økning i antall henvisninger til fysioterapi. Fra oppstart har pasienter her blitt henvist til kommunefysioterapeutane ved behov. De to siste årene har kommunefysioterapeutene brukt varierende ressurser på avdelingen, 30-80% fordelt på flere fysioterapeuter, avhengig av pasienter som har vært inneliggende. Det er stadig flere diagnosegrupper som er inneliggende som stiller økende krav til spisskompetanse fra oss. Oppgavene blir mer komplekse og sammensatte og daglig tverrfaglig samarbeid er påkrevd for å kunne gi hensiktmessig og nødvendig behandling.

Hvorfor endring av ressursbehov:

- Samhandlingsreformen setter føringer på at pasienter vil ha færre liggedøgn på sykehus, og de skrives tidligere tilbake til hjemkommunen. Pasientene kommer hjem med et større hjelpebehov og lavere funksjonsnivå enn tidligere. Dette stiller større krav til mottaksapparatet i kommunen, og til oss som fysioterapeuter som skal tilrettelegge og gi behandling. Vi forventer derfor at det på behandlingsavdelinga er behov for enda mer fysioterapiressurser.

- Hagahaugen rehabiliteringssenter på Voss er nedlagt. Dette gjør at vi får flere rehabiliteringspasienter tilbake i kommunen som er i primær rehabiliteringsfase, og som krever tett, sammensatt og tverrfaglig oppfølging tidlig.
- Kvam har satsa på at alle skal få bo lengst mulig i eget hjem, jfr økning av omsorgsboliger og færre sykehjems plasser. Dette krever at mange brukere får trening og tilrettelegging (bl.a. tekniske hjelpemidler) i hjemmet slik at de opprettholder funksjonsnivå og selvstendighet i daglige gjøremål. Med samhandlingsreformen og nedlegging av Hagahaugen skal de fortere tilbake i eget hjem, d.v.s. at det trengs mer ressurser her for å opprettholde målsettingen om å kunne bo lengst mulig i eget hjem.
- For å imøtekomme ny lov om folkehelse, er det krav om mer forebyggende aktivitet. Dette vil medføre økt behov for systematisk arbeid innen området.

Konsekvens for vår teneste når de ulike endringene oppstår:

Når flere pasienter med mer kortvarige opphold kommer på behandlingsavdelingen, vil det være et økende behov for fysioterapi innad i avdelinga. Videre vil det være flere pasienter som fortsatt er i en rehabiliteringsfase når de reiser hjem etter sykehusopphold eller rehab.opphold på Toloheimen, som også trenger tett oppfølging av fysioterapeut i hjemmet.

Det er viktig å fortsatt ha fokus på hjemmeboende som har behov for tiltak for å ivareta sitt funksjonsnivå, og behovet vil med samhandlingsreformen bli enda større fordi utfordringen er at vi skal gi et større tilbud til pasientene totalt.

Konsekvensene for pasientene dersom for lite ressurser:

- Pasientene vil raskere få behov for et høyere omsorgsnivå pga. dårligere mestring av ADL-funksjoner og redusert fysisk funksjon. Behovet for tekniske hjelpemidler vil i den sammenheng øke både "inne og ute".
- Pasientene på Beh.avd./LMS må vente på oppstart av behandling og må skrives ut *før* de er ferdigbehandla eller klare for å flytte tilbake til hjemmet eller institusjonen.

Hva forventes av økning i ressursbehov: Behovet er en ny 100% fysioterapistilling.

Stillingen foreslår vi skal organsieres under fysioterapiavdelingen, men øremerket med hovedansvar for behandlingsavdelingen og oppfølging av pasientene her (øremerking ser vi er valgt som modell for legene så langt). Behovet på behandlingsavdelingen forventes å variere, slik vi har sett det har gjort til nå.

Det er viktig å kunne ta opp og ned tjenestene ut i fra behov og benytte andre sin spisskompetanse inn på avdelinga. I praksis betyr det at stillingen kan brukes på andre grupper innen eldre/voksne når det er behov for dette, d.v.s. at en får utnytta totalressursene best mulig. Med totalressurser menes her kompetanse, mengde ressurser, faglig utvikling og kunne følge pasienten etter behov. Dette har vi god erfaring med når noen har hatt kombinerte stillinger, og erfaringer fra andre kommuner viser det samme.

Vi ser det som en essensiell og nødvendig ressurs å få tilført en ny 100% stilling som kommunefysioterapeut for å møte økende og fremtidige behov og oppgaver på en tilfredstillende måte på behandl.avd og til andre pasienter.

T
i
l

i
n
n
h
a
l
d

Mvh

Kommunefysioterapeutene for eldre/vaksne
i dialog med sjefsfysioterapeut Torild Kveberg

Vedlegg 3 Grunngeving for auka ergoterapeut-ressurs

Situasjonen i dag:

I dag er det ein ergoterapeut i 100% stilling som er tilsett i Kvam herad. Stillinga er organisert under Pleie og Omsorg, Kvam Behandlings- og Rehabiliteringsavd. Ergoterapeutressursen skal dekke ergoterapeutbehovet for alle aldersgrupper, men hovedvekten av brukarar er vaksne- og eldre. Har per i dag brukarar frå 8 år og oppover. Ergoterapeuten skal serve heimebuande i heile kommunen, alle kommunale institusjonar (inkludert rehabiliteringsavdelingen og behandlingsavdelingen) og ulike arenaer. I tillegg er ergoterapeuten med i kommunen sitt Demensteam og i Husbanknemda. Ergoterapeuten jobbar med førebygging, behandling, rehabilitering, habilitering og for å vedlikehalde funksjon.

Ergoterapeuten er med og hentar ressursar til kommunen. T.d. ved å gje veiledning og hjelp ved søknader om lån og tilskot frå Husbank og NAV, og veiledning ved tilrettelegging av bustad. God tilrettelegging av bustad er godt forebyggande tiltak. Ergoterapeuten er med å vurdere behov, søke og veilede i bruk av hjelpemiddel frå Hjelpemiddelsentralen. Dei fleste ønskjer å være mest mogleg sjølvstendig, og bu lengst mogleg i eigen heim. Dette er noko som også «gagnar» kommunen.

Ut frå årsrapporten frå 2010, ser ein at ergo hadde 60 heimebuande brukarar. Første halvår i år, har ergoterapeuten hatt 55 brukarar og det er lang venteliste for å komme til ergoterapeuten.

Eit formål med samhandlingsreformen er å prioritere helsefremmende og førebyggande arbeid, re/habilitering og brukarinnflytelse. Ein satsar på å redusere sjukelighet og auke eigenmestring. Då er det viktig å avdekke behov og komme tidlegast mogleg inn med tiltak, der brukaren er. Her er kvardagsrehabilitering eit stikkord, som underteikna trur vil komme meir i fokus. Det er trening og tilrettelegging i brukar sine omgivelser for å auke tryggleik og sjølvstende, og der treninga er retta mot meistring av dei aktivitetar som trengs i dagliglivet. Dette er ein måte som ergoterapeuten har jobba på over lang tid. Kompetansen finnes, men per i dag har ein ikkje tilstrekkelege ressursar til å følgje opp.

Samtidig har samhandlingsreformen sett som mål å redusere antal liggedøgn på sjukehus for pasientar. Dette vil bl.a. føre til tidlegare utskivingar, kravet til det kommunale hjelpeapparatet vil auke og behovet for tilrettelegging vil bli større. Trening, veiledning og tilrettelegging er viktige stikkord for å oppnå best mogleg eigenmestring for brukar/pasient. Samtidig vil det være mange som har behov for hjelp av t.d. heimetenesta, og det er viktig å leggje arbeidstilhøva best mogleg til rette for å unngå belastningsskader osb.

I dag er ergoterapeutressursen svært sårbar. Det er lite mulighet for faglige diskusjonar, som kan være ein trygghet for faggruppa. Samtidig gjer det begrensingar m.h.t til tverrfagleg samarbeid. No må ergoterapeutressursen «smørast tynt» for at behovet skal bli best mogleg dekkja. Når ergoterapeuten er vekke, er det ingen som kan følgje opp saker, og ingen «tar unna» nye saker. Lange ventelister kan føre til at situasjonen for brukar endrar seg, og at behovet aukar før ergoterapeuten har komme. Det å komme tidleg nok inn i saker er ein utfordring, men kan være viktig for å unngå forverring. Hjelpetiltaka kan være færre og behovet for hjelp reduserast. I enkelte saker der hjelper, t.d. heimetenesta, er inne i bildet, kan god tilrettelegging være eit tiltak for å gjere arbeidssituasjonen lettare, førebygge arbeidsbelastning og i ytste konsekvens redusere sjukefråværet.

Ergoterapeut-tenesta skal være eit rådgjevande organ for andre yrkesgrupper. Når det berre er ein ergoterapeutressurs i kommunen, er det svært sårbart. Når ergoterapeuten er vekke, er det ingen andre som kan følgje opp. Samtidig er det vanskeleg å opprette dybdekunnskap på enkeltområde.

Behov:

Det er i dag eit stort underskot på ergoterapeut-ressursar. Ved å opprette ein ny 100 % stilling kan det være med på å løyse nokre av utfordringane ein står overfor i dag, og deretter å møte nokre av krava som samhandlingsreformen stiller. Ved å opprette ein ergoterapeut-stilling på Kvam Behandlings- og Rehabiliteringsavdeling, vil dette frigjere ressursar elles i kommunen. Samtidig bør det være ei fleksibel løysing der ressursane kan flyttast der behovet er størst.

På Kvam Behandlings- og Rehabiliteringsavdeling

Hege Dale
Ergoterapeut i Kvam herad
19.10.11

Vedlegg 4

UTTALE FRÅ CHRIS AKSNES OG BJØRN NILSEN

KVAM HJELPEMIDDELLAGER

(Dette er avgitt tidlegare i ein anna samanheng men grunngjevinga og behovet er uendra i dag)

Tankar kring Kvam Hjelpemidellager:

Arbeidsoppgåver: tekniker

- Trygghetsalarmar (programmering, installering, periodisk batteriskift, reparasjon)
- Varslingsanlegg – flexiblink – installasjon og feilsøking
- Montering av rekkverk/håndtak/toalett utstyr
- Levering og montering av diverse hjelpemidlar (må være 2 i noen tilfeller)
- Tilsyn og rep av senger og personløftere og rullestoler på alle institusjoner
- Ditto i privat heim
- Montering av nøkkelbokser
- Reparasjon av alle små hjelpemidlar, både kommunalt og NAV

T
i
l
i
n
n
h
a
l
d

Arbeidsoppgåver: kontor

- Registrering i Gericar av alt som kjem inn og går ut
- Vask av hjelpemidlar lokalt
- **Telefon og brukar behandling**
- Fordel med fysio/ergo fordi den kan avlaste alle andre terapeuter veldig mye med søknads arbeid. Systemet i dag – Chris får bestilling på hjelpemidlet, skriver søknad, lager til og det blitt levert. Leverandøren får brukaren si underskrift, søknaden blir sendt og alle er fornøyde. På denne måten sparer vi mye tid mht til innhenting av underskrifter og klarer å alltid ha de mest vanlige hjelpemidlene inne på lager for levering omgående. En terapeut kan også ha en god veiledningsfunksjon overfor brukarar og annet personal.

Erfaring med arbeidet de siste 10 år:

- Fleire og fleire får bruk for hjelpemidler.
- Nav skyver fleire og fleire oppgåver over på kommunene.
- Meir og meir utstyr kjem flatpakka og må monteres.

Stillingsbehov:

- Minst 1.5 til teknisk oppgaver og utkjøring. De må og ha opplæring på NAV og frå de forskjellige utstys leverandører på reparasjon og bruk av utstyr. Kursane tilbys vanligvis på NAV. Det er viktig at 2 folk får kompetansen slik at sykefravær eller ferie ikkje skipla hele systemet!!!
- 30% kontor, vask; hvis stillingen kan betjennes av en terapaut, bør den være 50% så mann får tid til søknader, veiledning og heimebesøk.. (Eg har hatt 30% og jobba 50%, så eg veit kva som trengs!)

Vedlegg 5

UTTALE FRA FYSIOTERAPITENESTA

vedrørende utkast til plan for fagleg og organisatorisk utvikling av Lokal medisinsk senter på Toloheimen.

Viser til notat som ble sendt til Lars Rise 16.10. 07.10 ba han om en slik uttale. Legger denne ved siden den ikke er distribuert videre med sakspapirene.

Kommentarene i dette dokumentet bygger og på informasjon på møtet i referansegruppa 10.11.11

Generelt

- | |
|--|
| T
i
l

i
n
n
h
a
l
d |
|--|
- Generelt tenker vi at Lokalmedisinsk senter vil gjøre Kvam i stand til å ta imot pasienter tidligere fra sjukehus og som trenger institusjonsplass. Prosjektet har ikke hatt som oppgave å dekke alle brukergrupper som omfattes av samhandlingsreformen, men det er lett å tolke det slik at prosjektet løser alle utfordringer med pasienter som kommer tidligere fra sjukehus, evt. som ikke trenger innleggelse. Ut i fra erfaring både fra institutt og kommunefysioterapeuter vet vi det er utskrivingsklare pasienter som kommer rett hjem som også skal ha tverrfaglige tjenester og tilpasninger, som fysioterapi- og ergoterapi, hjemmesykepleie, hjelpemidler m.m. Vi ser svært lite styrking av denne delen. Vi er derfor ikke overbevist om at det er styrking av institusjonsplasser som er rett, viss en ikke kan styrke både utetjenester og institusjonsplasser. Vi mener det bør utredes nærmere om det er hjemmetjenesten, hjelpemiddellager og fysio- og ergo ut mot brukere som skal bo hjemme som skal styrkes
 - For å sikre at alle kan bo lengst mulig hjemme og ha få institusjonsplasser støtter vi at det må være en god bemanning på det lokale hjelpemiddellageret, 2,1 stilling og med en faglig kompetanse.
 - Logopedtjenestene er foreslått videreført slik som i dag, men vi ser ikke at de som er ansvarlig for tjenesten har fått invitasjon til å uttale seg.
 - I praksis tenker vi at det er lite å hente faglig på at frisklivssentralen organisatorisk skal være kobla opp mot lokalmedisinsk avdeling annet enn i forhold til prosjektstøtte. Støtter at den geografisk ikke skal være samlokalisert. Den bør organiseres slik at en sikrer å holde et friskvernfokus.

Ressurser

I utkastet til plan for LMS oppfattet vi at det lå inne forslag om 100% ny fysioterapistilling, og dette er også lagt til grunn i vår uttale fra 16.10. På møtet 10.11.11 var det tydelig at dette ikke var tenkt slik. På møtet oppfatta vi det slik at det skulle flyttes 50% fra fysioterapitjenesten til behandlingsavdelinga og at denne skulle utvides til 100% stilling. De siste 50% stilling skulle gi fysioterapi på de ulike institusjonene. Argumentet var at en ytte noe tjenester og at en derfor

utan konsekvenser kunne organisatorisk ta dette ut av en samla tjeneste. I notatet frå 16.10 er det anslått at det har vært brukt 30%-80% stilling. Andre faggrupper unntatt legene har gitt tjenester ut i fra etablerte ressurser. For alle andre grupper er det lagt inn forslag om nye ressurser. For vår gruppe har det hatt konsekvenser i prioriteringer. Med full drift og etter intensjonene så vil behovet bli større, men vi ser for oss at dette kan variere både i forhold til mengde fysioterapi og type behandlinger som krever spisskompetanse. For å kunne ta imot ulike pasientgrupper tidligere fra sjukehus eller hindre innleggelse vil vi være helt avhengig av å kunne bruke kompetanse andre fysioterapeuter har i kommunen. Alle pasienter som kommer på behandlingsavdelinga vil ikke trenge fysioterapi, (i motsetning til på rehab). Men en del vil trenge mye og gjerne ulike behandlingsformer, eksempelvis både trening, smertelindring og lymfødembehandling. For å kunne få dette til mener vi at stillingen organisatorisk bør ligge under en samla fysioterapitjeneste, med en øremerka 50% stilling mot behandlingsavdelinga. Vi opprettholder at det trengs en ny 100% stilling til saman.

Vi støtter forslaget om at det er behov for et eget møte om dette.

Organisering og arbeidsoppgaver

Det var fra tillitsvalgte argumentert for hele stillingar og det er bra. Det var foreslått at resterende 50% av stillingen skulle brukes på langtidspasienter. I uttalen fra 16.10 har vi argumentert for at dette bør prioriteres på pasientgrupper/befolkningsgruppe som styrker sjølhjelpenhet og at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig.

Til orientering har vi også gjort en egenkartlegging som forberedelse til heradsstyresak om dimensjonering av fysioterapitjenesten i forhold til samhandlingsreformen og de nye lovverkene. Vedtaket er som bakgrunn heradstyresaken i fjor hvor det var søknad om utvidelser av driftstilskudd. I forhold til arbeidsoppgaver vil vi anbefale å se disse 2 prosessene mer i lag.

Slik forslaget fra prosjektgruppa foreligger om arbeidsoppgaver i stillingen vil det ikke kunne søkes om fastlønnstilskudd, d.v.s. at Kvam herad gir avkall på 167400 i inntekter. For å søke om fastlønnstilskudd må det være minimum 30% stilling og minst 5 timer med kurativt arbeid utenfor institusjon.

Oppsummering

Vi støtter 100 % ny stilling, med 50% øremerka til behandlingsavdeling, og 50% til kommunefysioterapi organisert under en samla fysioterapitenesta. For å støtte behovet for lik organisering av fysioterapitjenesten på behandlings- og rehabiliteringsavdelinga, kan den 100% fysioterapi stillinga på rehabiliteringsavdelinga også være en del av en felles fysioterapitjeneste, men øremerka slik at det viktige teamarbeidet er ivaretatt Jfr. organisering i mange andre kommuner og Haukeland sykehus

Felles organisering under fysioterapitenesta sikrer:

- at det faglige vert godt ivaretatt
- god overføring av pasienter, evt kunne følge pasienten uavhengig av om den bor i egen bolig eller på behandlingsavdeling evt. annen institusjonsplass
- god utnytting av fysioterapiressurser i forhold til at vi har hver våre "spesialiteter", og kan være fleksible i forhold til hvor pasientene bor; institusjon eller egen bolig.
- Sikre klare ansvarsforhold ved ferieavvikling.
- Organisere stillingen slik at Kvam herad får fastlønnskutt
- Ergoterapitjenesten kan være samorganisert med fysioterapitjenesten hvis det er ønskelig.

Torild Kveberg, sjefsfysioterapeut 29.11.11