

Utredning av optimalisering av lengden på korttidsopphold

Innhold

Innledning.....	2
Tjenesten som foreslås endret	2
Korttidsopphold/rehabiliteringsopphold i behandlingssenter	3
Tildelingspraksis:.....	3
Rullering (avlastning)	3
Tildelingspraksis	3
Tall hentet fra Profil (EPJ):	4
Mål – hva vil vi oppnå med vårt foreslåtte tiltak?.....	5
Økonomisk gevinst.....	5
Aktuelle tiltak	7
Alternativ 0: ingen endringer	7
Alternativ 1: Norm for tildeling av korttidsopphold endres:	7
Vurderinger av tiltakene	8
Alternativ 0: ingen endringer fra dagens praksis	8
Alternativ 1: Norm for tildeling av korttidsopphold endres fra 3 til 2 uker.	8
Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?.....	9
Pilot ved Fyllingsdalen og Åsaheimen behandlingssenter	10
Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?	12
Tilbakemeldinger fra andre kommuner.	13

Innledning

Kommunelovens §1-1 stiller krav om at kommunene skal utnytte ressursene effektivt og være bærekraftige. Bergen kommune må igangsette mange tiltak for å sikre økonomisk bærekraft og sørge for at personellressursene brukes der de trengs mest.

I denne saken utredes følgende forslag til ~~følgende~~ tiltak:

- Endre tildelingsnormen på korttidsopphold fra 3 til 2 uker
- Endre tildelingsnormen på rulleringsopphold fra intervall 3-6 og 3-3 og heller innføre en type avlastningstrapp der man starter med 1-6, øker til 2-6 og 3-6 etterhvert som situasjonen endrer seg.
- Endre tildelingsnormen på rehabiliteringsopphold fra 3 uker på institusjon til 2 uker i institusjon og 1 uke hjemmeoppfølging.

Tjenesten som foreslås endret

Korttidsopphold er en helse og omsorgstjeneste som er hjemlet i

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 c

Tjenestene er vedtaksbasert, det vil si det fattes enkeltvedtak etter en vurdering av den enkelte brukers behov for helse og omsorgstjenester.

Dagens kriterier for tjenesten er:

Eldre som trenger døgntilrettelagt medisinsk behandling og pleie i institusjon,

- behov for opphold på grunn av sykdom,
- behov for utredning og observasjon
- behov etterbehandling etter sykehusopphold
- behov for rullerende opphold i institusjon
- behov for avlastning

Det kreves egenbetaling for tjenesten, og denne er 200 kr pr døgn i 2025.

Tjenesten tildeles som hovedregel etter en norm på 3 uker. Ved behov for forlengelse av opphold fattes det nye vedtak, disse vil variere i lengde basert på anbefalinger fra behandlingssenter og brukers situasjon. Vurderingen gjøres av personalet på avdelingen, sammen med saksbehandler på vurderingskontoret.

Bergen kommune har **ca 470 korttidsplasser** på behandlingssentre. Dette tallet inkluderer somatiske plasser, plasser for personer med demens og rehabiliteringsplasser.

Det er disse plassene vi har vurdert i denne arbeidsgruppen. Det vil si at plassene på KAS, og plassene på spesialavdelinger omfattes ikke av utredningen.

Forslaget om endring kom i arbeidsverksted i etat for helsetjenester, der ansatte fra vurderingsteam og vurderingskontor deltok. Erfaring fra mange år med tildeling av korttidsopphold har vist at et visst antall brukere kunne reist hjem etter 2 uker. Dette er imidlertid vanskelig å få til dersom det er fattet et vedtak på 3 ukers opphold. Det kan enten være brukeren og/eller pårørende som viser til vedtaket som grunnlag for å ikke avslutte oppholdet, eller at avdelingen mangler rutiner for å avslutte opphold før vedtaket utløper.

Korttidsopphold/rehabiliteringsopphold i behandlingssenter

Tildelingspraksis:

Vurderingskontoret for voksne og eldre, Forvaltning tjenester til utviklingshemmede og Forvaltnings Psykisk helse behandler søknader om korttidsopphold/rehabiliteringsopphold.

Alle enhetene følger kommunens kriterier for tildeling, og norm for utmåling. De følger også de samme samhandlingsrutinene med institusjonene. Det er bare vurderingskontoret for voksne og eldre som tildeler opphold, og melder dato tilbake til de andre forvaltningsenhetene, som igjen varsler sine brukere. ?

Opphold tildeles dem som er i behov for døgntilrettelagte tjenester, der det vurderes at det ikke er tilstrekkelig med helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Det foretas en kartlegging av brukers hjelpebehov. Dokumentasjon innhentes i hver sak og det gjøres individuelle vurderinger. Selv om man forholder seg til en norm på 3 uker, blir ca 1/3 av oppholdene forlenget basert på brukers behov.

Rullering (avlastning)

Tildelingspraksis

Rulleringsopphold er ikke en egen tjeneste, men en fast gjentakende rekke av korttidsopphold gjennom året.

Tjenesten tildeles voksne (i hovedsak eldre) som vurderes å ha og god nytte av gjentakende korttidsopphold med formål om at de skal kunne bli boende lengre hjemme. Rulleringsopphold gis både som behandlingsopphold og som avlastningsopphold der pårørende utfører store omsorgsoppgaver.

Det er satt av egne senger/rom på behandlingssentrene for rulleringsopphold, og oppholdene planlegges for 6 måneder om gangen. Den enkelte bruker får vedtak på alle opphold i en 6 måneders periode. Dette gir forutsigbarhet for bruker og pårørende.

Det kan imidlertid være krevende å administrere, da brukers situasjon kan endre seg i perioden, og det kan medføre at bruker ikke kan ta imot, eller reise hjem fra opphold som planlagt. Det vil kunne få konsekvenser som at sengen blir stående tom i noen dager til man har funnet en annen bruker som ønsker å ta imot, eller at den neste brukeren som er planlagt inn i sengen, må flyttes i annen seng, kanskje på en annen avdeling, eventuelt vente til annen seng er ledig. De fleste brukerne har rullering med 3 uker i korttidsopphold og 6 uker hjemme, før nye 3 uker på korttidsopphold osv. Det finnes andre intervaller, men jo flere ulike «modeller» man har, jo mer krevende vil det være å administrere, og risikoen for tomgang i senger øker.

Tall hentet fra Profil (EPJ):

I 2024 ble det tildelt 3981 korttidsopphold (SKB) til 2399 brukere, og 982 rehabiliteringsopphold (SKR) til 880 brukere.

Tallene under viser antall aktive brukere (det vil si at brukere som er død eller flyttet ikke er tatt med her, men de er med i tallene i innledningen). Tallene viser hvor mange brukere som hadde behov for nytt korttidsopphold i løpet av de neste 3 månedene, etter 3 ukers opphold, 2 ukers opphold, og opphold av lengre varighet.

Oppholds lengde og tilbakekomst i 2024

Av totalt 1 528 registrerte opphold i 2024, var:

- **593 opphold (ca. 3 uker, normen)**
 - Dette utgjør omtrent 39 % av alle opphold.
 - **35 %** av disse personene kom ikke tilbake innen de neste tre månedene.

- **406 opphold (under 3 uker)**
 - Dette utgjør omtrent 27 % av alle opphold.
 - Også her gjaldt det at **35 %** ikke kom tilbake innen tre måneder.
- **529 opphold (mer enn 3 uker)**
 - Dette utgjøre omtrent 34 % av alle opphold
 - Også her gjaldt det at **37 %** ikke kom tilbake innen tre måneder, men her kan mange ha gått videre til langtidsopphold.

Tallene indikerer at andelen som ikke returnerer innen tre måneder er lik for både 3 og 2 ukers opphold. Samtidig viser fordelingen at opphold på rundt 2 og 3 uker forekommer med relativt lik frekvens, noe som kan tyde på at normen på tre uker ikke nødvendigvis gir lavere grad av tilbakekomst.

Mål – hva vil vi oppnå med vårt foreslåtte tiltak?

Ved å endre tildelingsnormen fra 3 til 2 uker, vil Bergen kommune kunne gi flere brukere tilbud om korttidsopphold. I dag prioriteres brukere som meldes utskrivningsklare fra sykehus, inn i korttidsopphold. Det vil si at de som søker fra hjemmet ofte må vente lenger. Ved å kunne gi tilbud om korttidsopphold til flere i denne gruppen umiddelbart ved en akutt funksjonsforverring, øker vi mulighetene for å stoppe forverringen og bidra til hurtig innsats for at bruker kommer tilbake til sin opprinnelige habituelle tilstand.

Økonomisk gevinst

Tabellene viser antall opphold (SKB-SKR-SKA) i 2023-2024

2023					
Pivottabell3					
Antall av LOPENR	VarighetGr3				
GapNesteGr1	Under 3 uker	3 uker	Mer enn 3 uker	Totalsum	
0 dager	20	9	11	40	
1-7 dager	44	35	58	137	
8-14 dager	24	30	43	97	
15-21 dager	20	81	41	142	
22-28 dager	15	28	32	75	
29-35 dager	21	17	20	58	
36-42 dager	18	94	18	130	
43-99 dager	78	147	135	360	
100+ dager	214	267	375	856	
Totalsum	454	708	733	1895	

2024				
Pivottabell3				
Antall av LOPENR	VarighetGr3			
GapNesteGr1	Under 3 uker	3 uker	Mer enn 3 uker	Totalsum
0 dager	21	5	23	49
1-7 dager	39	32	48	119
8-14 dager	19	38	30	87
15-21 dager	37	60	47	144
22-28 dager	18	28	23	69
29-35 dager	28	18	28	74
36-42 dager	18	71	23	112
43-99 dager	86	137	111	334
100+ dager	140	204	196	540
Totalsum	406	593	529	1528

I snitt er det 35% som hadde opphold på under to uker og det tok over 100 dager før de kom tilbake på opphold. (Ganske likt snittet på de som hadde opphold på 3 uker).

Samme konklusjon får vi om vi tar opphold 2015-2025

Oppholdets varighet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
1-5 dager	53,0	82,0	38,0	50,0	27,5	37,0	124,0	59,0	55,0	60,0	15,0	50,0
6-8 dager	36,0	45,0	64,5	77,0	52,0	73,0	69,0	93,0	51,5	33,0	33,0	53,0
9-12 dager	97,5	83,0	96,0	97,0	41,0	51,0	104,0	96,0	76,0	55,0	19,0	74,0
13-15 dager	79,0	48,5	39,5	51,5	75,0	54,5	92,0	84,0	93,0	57,0	12,0	62,0
16-19 dager	145,0	98,0	84,0	119,5	88,0	88,0	90,0	89,5	142,0	71,0	25,0	94,0
20-22 dager	74,5	73,0	80,0	97,0	83,0	78,0	70,0	71,0	61,5	59,0	35,0	72,0
23-26 dager	103,5	187,5	114,0	94,0	90,0	70,0	90,0	91,0	76,5	68,0	20,0	92,0
27-29 dager	173,5	205,0	144,0	155,0	147,0	196,5	84,0	114,0	113,0	95,0	22,0	140,0
30-49 dager	168,0	168,5	196,0	191,5	136,0	177,5	133,0	145,0	114,0	56,5	15,0	140,0
≥50 dager	184,0	202,0	205,0	228,0	166,0	125,5	128,0	97,0	105,0	39,0	8,0	143,0
Totalt	99,5	100,0	97,0	107,0	91,0	90,0	84,5	90,0	80,0	58,0	22,0	86,0

Opphold som varer tre uker (her definert som 20-22 dager) er den mest frekvente kategorien, og utgjør i underkant av 30 % av alle opphold. Når man ser på perioden frem til neste opphold, viser dataene at:

- Etter et **treukers opphold** går det i gjennomsnitt **72 dager** før neste opphold (dersom det kommer).
- Etter et **toukers opphold** går det i gjennomsnitt **62 dager** før neste opphold.

Konklusjon:

Et treukers opphold gir **ikke markant lengre hjemmepause** enn et toukers opphold. Med andre ord:

- **Uke 3** medfører ekstra institusjons-døgn **uten å gi særlig flere hjemme-døgn i median.**
- **Uke 2** gir fortsatt en **god gevinst i hjemme-døgn per ekstra institusjons-døgn**, og fremstår som mer kostnadseffektiv.

En annen mulig økonomisk gevinst

Ved å øke antall beboere på institusjonene, kan det oppnås en potensiell besparelse knyttet til utgifter som påløper for brukere som ligger på sykehus og venter på plass (utskrivningsklare). Når brukere blir liggende på sykehus i påvente av institusjonsplass i kommunen, belastes kommunen med betydelige kostnader.

Tabellen under viser estimerte antall døgn betalt til sykehus under ventetid, med en dagskostnad på **kr 5 981 per døgn**.

Radetiketter 	Beløp,.	Antall dager
2022	4 680 591,00	850
2023	5 571 430,00	1010
2024	4 423 092,00	800
Snittet	5 126 010,50	887

En reduksjon av oppholdslengden fra tre uker til to uker for 50 % av brukerne som ikke kommer tilbake på korttidsopphold innen 100 dager, vil redusere antall døgn kommunen må betale for sykehusopphold i påvente av institusjonsplass.

- **Estimert kostnad per ventedøgn på sykehus:** kr 5 981
- **Total estimert besparelse:** ca. **1,9 mill. NOK**

Aktuelle tiltak

Alternativ 0: ingen endringer

Alternativ 1: Norm for tildeling av korttidsopphold endres:

- Norm for tildeling av korttidsopphold endres fra 3 til 2 uker.
- Norm for tildeling av rehabiliteringsopphold holdes uendret til 3 uker
- Norm for tildeling av avlastningsopphold endres til større grad av individuell tilpasning, avlastningstrapp der man begynner med 1 ukes opphold, deretter øker man til 2 osv.

Vurderinger av tiltakene

Alternativ 0: ingen endringer fra dagens praksis

Fordeler:

- Brukere får større forutsigbarhet i tjenesten
- Pårørende får større forutsigbarhet og mer avlastning
- Ansatte får ingen endring i tidsbruk til prosedyrer og oppgaver knyttet til den enkelte bruker, som er nødvendig for måloppnåelsen.
- Man får ingen økte ressursbehov på legetjenester, eller andre tjenester som utvask av rom ved bytte av brukere.
- Ingen endring i antall vedtak som skal fattes, eller behov for hyppigere samhandling mellom tjenestene

Ulemper:

- Færre brukere får tilbud om korttidsopphold. Dette går i hovedsak ut over de som søker om opphold fra hjemmet, da de utskrivningsklare fra sykehus prioriteres. Man klarer i mindre grad å møte morgendagens utfordringer
- En del brukere blir værende i korttidsopphold selv om deres funksjonsnivå tilsier at de kunne reist hjem med hjemmetjenester, dette gir ikke en optimal utnyttelse av plassene
- Brukere som søker hjemmefra blir ikke prioritert til korttidsopphold, da brukere som skrives ut fra sykehus opptar plassene.

Alternativ 1: Norm for tildeling av korttidsopphold endres fra 3 til 2 uker.

Fordeler:

- Flere brukere vil få tilbud om korttidsopphold, dette vil særlig komme brukere som søker hjemmefra til gode. Man vil også i større grad kunne møte morgendagens antatt økende behov.
- Flere brukere som bor hjemme og som får akutt funksjonsfall vil kunne komme på korttidsopphold og behandling/tiltak for gjenvinning av funksjon vil kunne iverksettes hurtigere til flere.
- Behandlingsentrene må ha økt og tidligere fokus på selvstendigjøring av brukere som er i korttidsopphold

- Behandlingssentrene må ha større fokus på å jobbe smartere og sikre bedre samhandling ved overgang mellom tjenester.

Ulemper:

- Kan medføre økte kostnader til renhold, administrasjon, medisinbruk, medisinsk utstyr og helsepersonell.
- Mer dokumentasjon, kartlegginger og tiltak som skal iverksettes for personalet grunnet økt brukergjennomstrømning
- Flere utskrivninger medfører at antall rom som skal vaskes øker.
- Økt behov for ergo/fysio tjenesten med tanke på kartlegging av behov for hjelpemidler
- Antall vedtak som skal fattes øker, som betyr økt ressursbruk hos vurderingskontoret
- Kan føre til at brukere skrives ut fra korttidsopphold med større behov for hjemmetjenester - økt press på hjemmebaserte tjenester
- Behov for legetilsyn til flere brukere
- Tabellen under viser legetimer pr uke pr beboer i sykehjem i 9 av de største kommunene i Norge. Tallene viser at Bergen kommune ligger høyt når det gjelder legedekning i sykehjem.

[11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter år, statistikkvariabel, funksjon, region og avtaleform](#)
[12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, statistikkvariabel og år](#)

Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)
 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

2024

Kommune	ASSS	Avtale- form i	Kommunalt ansatte leger	Nærings- drivende fastleger	Turnus- lege	Helprivate leger	Legetimer per uke per beboer i sykehjem (time)
1103 Stavanger		1	1,6	1,2	0,1	0,0	0,87
4601 Bergen		1	1,8	1,7	0,1	0,0	0,86
3301 Drammen		1	1,2	1,1	0,0	0,1	0,82
4204 Kristiansand		1	1,1	1,0	0,0	0,1	0,82
5001 Trondheim - Tråante		1	1,4	1,4	0,0	0,0	0,75
1804 Bodø		0	1,1	0,8	0,3	0,0	0,72
3107 Fredrikstad		1	1,3	1,1	0,1	0,1	0,67
3201 Bærum		1	1,3	1,3	0,0	0,0	0,67
0301 Oslo		1	0,9	0,8	0,0	0,0	0,54

Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

- **Endre tildelingsnormen på korttidsopphold fra 3 til 2 uker**

Man vil på denne måten kunne gi tilbud om opphold for flere brukere. Dette vil kunne bidra til at brukere kan bo lengre hjemme, noe som er i tråd med både nasjonale [Meld. St. 24 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#), og Bergen kommunes egne planer [KPS kommuneplanens samfunnsdel](#)

Tall hentet fra Profil viser at å tilby 3 ukers opphold, ikke bidrar til at bruker klarer seg særlig lengre hjemme før behovet for et nytt opphold, enn ved å tilby 2 ukers opphold. Effekten av å tilby 3 ukers opphold til en gruppe vil derfor være minimal.

I dialog med andre kommuner både store og små, kommer det fram at alle opererer med kortere opphold enn 3 uker. De fleste andre kommuner benytter også formuleringer som «inntil dato» i sine enkelt vedtak, for å signalisere til bruker at oppholdet vil bli avsluttet når det vurderes som forsvarlig.

Kommunen er helt avhengig av en effektiv bruk og ressursutnyttelse av alle sine tjenester i framtiden for å møte behovet hos et økende antall eldre.

Pilot ved Fyllingsdalen og Åsaheimen behandlingssenter

Innføring av kortere korttidsopphold (fra 3 til 2 uker), har vært prøvd ut som en pilot ved Fyllingsdalen behandlingssenter fra september 2023 og ved Åsaheimen behandlingssenter fra mars 2025. Sykepleiefaglig konsulenter fra begge institusjonene har sittet i arbeidsgruppen, og deres erfaringer har vært viktig i arbeidet.

Erfaringene deres gir ingen indikasjon om at brukere opplever å bli skrevet ut for tidlig. Mange reiser hjem eller videre til annen tjeneste etter to uker. En del brukere har behov for lengre opphold. Dette skyldes at brukers medisinske tilstand forverres, og får økte behov for pleie- og omsorgstjenester under oppholdet, eller i noen tilfeller mangelfull informasjon fra spesialisthelsetjenesten om brukerens behov (ved utskrivning fra sykehus). ? Tilstedeværelse av personell med opplæring i metodene har også vist seg viktig, og fravær av det samme personell er en risiko.

I piloten har man hatt som mål å finne brukere som med stor sannsynlighet kan reise hjem etter 2 uker, og man har utarbeidet kriterier for disse. Brukere med mer krevende behov har man lagt inn i andre avdelinger.

I perioder har det vært utfordrende å finne brukere som er aktuelle etter foreslåtte kriterier. Brukerne som kommer på korttidsavdeling, er i hovedsak de som meldes utskrivningsklar fra sykehus, og det er ikke alltid åpenbart hvor lenge de vil ha behov for korttidsopphold før de kan reise hjem. En del av disse vil være i behov av lengre opphold enn 2 uker. Noen av dem vil ha behov for langtidsplass.

Tilbakemeldingene fra brukere og pårørende vedørende to ukers opphold, har i hovedsak vært positive. De to avdelingene har ikke mottatt noen negative tilbakemeldinger om lengden på oppholdet.

Opphold blir alltid forlenget dersom brukers behov tilsier det, og brukere som godkjennes for langtidsopphold blir liggende i avdelingen i påvente av ledig plass. For disse kan gjennomsnittlig liggetid bli opptil flere måneder. I juni lå det rundt ti brukere som ventet på langtidsplass på den korte korttidsavdelingen på Fyllingsdalen behandlingssenter.

- **La tildelingsnormen på rulleringsopphold i hovedsak være som før** med intervall 3-6 og 3-3. Men ha fokus på å tilby kortere opphold til de som er nye søkere av helse og omsorgstjenester, eller der pårørende ber om avlasting av kortere varighet.

Rulleringsopphold er en tjeneste som krever en del administrasjon fra de som tildeler. Det er samtidig en tjeneste som gir bruker og pårørende avlastning og forutsigbarhet i hverdagen. Dette bidrar til at brukere med pårørendes hjelp kan bo lengre hjemme. Det er derfor viktig at man organiserer denne tjenesten slik at den krever minst mulig administrasjon, sørger for maksimal utnyttelse av plassene og gir brukere og pårørende det de trenger.

Vår anbefaling er at tildeling blir mer fleksibel, og i henhold til brukernes behov. Dette kan gjøres på flere måter. Det kan innvilges opphold av en ukes varighet, for en helg osv. Dette i dialog med den enkelte bruker og deres pårørende.

- **La tildelingsnormen på rehabiliteringsopphold forbli uendret på 3 uker,**

-men ha fokus på større bruk av vurderingsopphold i de tilfellene man er usikker på om rehabilitering er det riktige tilbudet. Man må også ha fokus på individuelle vurderinger slik at de som kan klare seg med kortere opphold får det.

Brukere som får innvilget døgnrehabilitering har behov for tverrfaglig intervensjon for å kunne oppnå forbedring av funksjon. Dette kan gjøre brukeren i stand til å kunne bo lenger hjemme med eller uten helse- og omsorgstjenester.

Rehabilitering er en prosess der bruker og fagpersoner er likeverdige partner, der mål skal defineres og alle parter jobber sammen mot målet. Det tar tid å

kunne se effekt av aktuelle tiltak og ofte er det behov for justering av tiltak underveis. Siden rehabilitering er tverrfaglig, så er det behov for møtepunkt sammen for å kunne samordne tiltakene. For å kunne klare å oppnå mål, se resultater og evt. Justere tiltak bør rehabiliteringsoppholdet være på en varighet på minimum 3 uker for de aller fleste.

Gruppen har drøftet om rehabiliteringsopphold kunne vært gitt med 2 uker i institusjon og en påfølgende uke i brukers hjem. Fagpersonene i arbeidsgruppen anbefaler ikke dette. Hjemmeoppfølging i uke 3, som er tidlig i rehabiliteringsfasen, vurderes som utfordrende.

Behandlingssentrene treningsaler er utstyrt med spesialisert utstyr som benker, slynger, ribbevegger, gangbane og treningstrapp, som bidrar til å redusere belastningen for både brukere og behandlere.

For at hjemmeoppfølging skal være aktuelt, må brukeren ha avsluttet behovet for tverrfaglig døgnrehabilitering og kunne trene med tilgjengelige hjelpemidler i hjemmet, som f.eks. stol eller bord.

Oppfølgingen må være trygg og effektiv for både bruker og terapeut, og tilpasses rehabiliteringsnivået.

Forutsetninger for en vellykket gjennomføring

Det er vår vurdering at vil det vil kreve noe omstilling for både behandlingssentrene, hjemmebaserte tjenester og for vurderingskontoret å innføre denne endringen. Vi mener likevel at det å kunne gi flere brukere tilbud om korttidsopphold vil være et viktig tiltak for kommunen framover, dersom man skal lykkes med at mange flere blir boende lengre hjemme i egen bolig.

Vi har listet opp de punktene vi mener en bør ha fokus på og jobbe videre med for å lykkes.

Erfaringsdeling og implementering

- Viktig å ta med erfaringer fra behandlingssentre som har testet ut endringen.
- Innsikt i hva som fremmer og hemmer måloppnåelse.
- Utarbeide implementeringsplan som beskriver ansvarsfordeling, samhandling og måloppnåelse

Opplæring og rutiner

- Gjennomgang av eksisterende rutiner etter LEAN prinsipper e.l. for alle yrkesgrupper på behandlingssentrene
- Systematisk arbeid for lik praksis på tvers av behandlingssentrene, og blant ansatte ved vurderingskontoret.
- Kompetanseheving og opplæring i nye rutiner.
- Tverrfaglig involvering – inkludert lege, fysio og ergo.

Behov for felles praksis

- ? Samhandling institusjon, hjemmetjenester og vurderingskontor
- Bedre erfaringsdeling, samhandling og forutsigbarhet.
- Lik praksis ved inn-/utskriving, romvask og forlengelse av opphold.
- Etablere kriterier for forlengelse av opphold

Informasjonsflyt

- Informasjonsmøter og tydelige forventningsavklaringer.
- Informasjon til ansatte på behandlingssentrene, hjemmebaserte tjenester og vurderingskontor.
- Informasjon til spesialisthelsetjenesten - forventningsavklaring

Tilbakemeldinger fra andre kommuner

Som en del av utredningen har leder for arbeidsgruppen, sammen med prosjektledelsen, deltatt i møter med ASSS kommuner og kommuner i kunnskapskommunen. Her er noen tilbakemeldinger som er kommet i disse møtene:

- Av alle kommunene vi har hatt møter med er det ingen som tildeler 3 ukers opphold som en norm. Samtlige kommuner gjør individuelle vurderinger (Som Bergen), og tildeler opphold på 2 uker eller kortere. Dette gjelder også rehabiliteringsopphold.
- Samhandlingsmøter ukentlig mellom korttidsavdelinger, hjemmetjenester og vurderingskontor trekkes fram som avgjørende

- Tettere samhandling med hjemmebaserte tjenester bidrar til at hjemreisefokus styrkes – vurdert som en nøkkelfaktor for suksess.
- Et par av kommunene har organisert korttidsavdeling under hjemmebaserte tjenester, og mener det er et suksesskriterium for å få brukerne fortere hjem

Annet:

I arbeidsgruppen har det vært diskutert hvordan man kan bedre organisere avdelingene for best mulig utnyttelse av kompetanse og personalressurser. Disse forslagene har ikke direkte innvirkning på mandatet, men vi velger likevel å ta dem med som forslag som det bør jobbes videre med.

- Øremerkede avdelinger for brukere som venter på langtidsplass – helst en på hvert behandlingssenter. Da trenger ikke brukere å flytte til annet sykehjem, men bare til annen avdeling. På denne måten vil man kunne gi de ulike brukergruppene best mulig pleie og behandling basert på deres behov. Og ansatte som jobber på korttidsavdelinger jobber målrettet for at alle pasientene der skal kunne reise hjem.
- Lag rene rehabiliteringsavdelinger og rene korttidsavdelinger. Det settes av store ressurser til brukere som er på rehabiliteringsopphold. Disse ressursene bør benyttes til pasienter som er i behov av og kan nyttiggjøre seg tjenesten.