

# **Faglig rapport vedrørende samling av korttidsplasser og nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger**

**Oppfølging av budsjettvedtak 10.12.2020**

Dato: 24.03.2021

# Innhold

Sammendrag.....Feil! Bokmerke er ikke definert.

<b>1. Innledning og bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Organisering av arbeidet .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Arbeidsgruppen.....	3
1.1.2 Mandat.....	4
1.1.3 Gjennomføring av prosjektmøter .....	5
<b>2. Rehabilitering og drift av døgnrehabilitering .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Rehabilitering .....	6
2.1.2 Døgnrehabilitering i Bodø Kommune .....	7
2.1.3 Rapportering bemanning .....	8
<b>3. Delmål 1 – Samling av korttidsplasser på Sølvsuper.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Positive konsekvenser .....</b>	<b>9</b>
3.1.1 Innledning .....	9
3.1.2 Hovedtrekk.....	9
3.1.3 Forutsetninger.....	9
<b>3.2 Negative konsekvenser .....</b>	<b>10</b>
3.2.1 Hovedtrekk.....	10
3.2.2 Tiltak.....	10
<b>4. Delmål 2 – nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Positive konsekvenser .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 Negative konsekvenser .....</b>	<b>12</b>
4.2.1 Hovedtrekk.....	12
4.2.2 Tiltak.....	13
<b>5. Konklusjon, mulighetsrom og anbefalinger .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Konklusjon .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Mulige handlingsrom .....</b>	<b>14</b>
<b>5.3 Bygningsmessige forhold/vurderinger .....</b>	<b>15</b>
<b>5.4 Anbefalinger .....</b>	<b>15</b>
<b>5.5 Øvrige momenter som har kommet opp i løpet av arbeidet.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Referanser .....</b>	<b>16</b>
<b>7. Vedlegg.....</b>	<b>17</b>

# 1. Innledning og bakgrunn

Den 10. desember 2020 vedtok bystyret i Bodø kommune rådmannens forslag til *Årsbudsjett 2021 og Økonomiplan 2021-2024* (1).

I kapittel 10.4.5. ligger spesifiserte endringer for Helse og omsorg med ulike underpunkter.

- Punkt 8: Institusjon – samle alle korttidsplasser på Sølvsuper.
  - *Avdelingen samler tverrfaglig kompetanse i et bygg; Sølvsuper helse- og velferdssenter. Her skal man forberede arbeidsmetodikk og organisering som skal gjelde i Helsehuset. Rehabiliteringssengene i Gamle riksvei 18 flyttes til Sølvsuper, hvor korttids plassene samles. Dette gir mulighet for bedre utnyttelse av fagkompetanse på tvers (sykepleier/legeressurs). Forslaget forutsetter at antall sengeplasser rehab. reduseres til økonomisk bærekraftig nivå, jfr. tiltak 13. Forslaget gir i seg selv ingen konsekvenser for årsverk.*
- Punkt 13: Institusjon - tilpassing rehab. avdelingen til Kostra, 5 plasser.
  - *Avdelingen vrir tjenester fra institusjon til hjemmetjenester. Antall sengeplasser reduseres til mer økonomisk bærekraftig nivå, omplassering, ev nedbemanning av 10,4 årsverk (50% helsefagarbeidere og 50% fysio/ergo/sykepleier). Tiltaket vil støtte opp under tiltak 13 og gi mulighet for bedre utnyttelse av resterende fagkompetanse på tvers (terapeuter, sykepleier/legeressurs) ved å samle korttids plassene.*

Under bystyrebehandlingen ble det lagt frem en verbal som lød (2):

*Verbal 18: Bystyret ber om at det legges fram en sak om organiseringen av, og kapasiteten på korttids plasser, rehabiliterings plasser og sykehjems plasser i kommunen.*

De ovennevnte punkter, samt verballen ligger til grunn for utarbeiding av denne rapporten som i all hovedsak dreier seg om faglige vurderinger.

## 1.1 Organisering av arbeidet

### 1.1.1 Arbeidsgruppen

Raymond Dokmo, kommuneoverlege, leder for arbeidsgruppen

Trond Einar Skårn, virksomhetsleder Sølvsuper Helse- og Velferdssenter

Erna Wangsvik Hognes, fungerende virksomhetsleder, Rehabiliteringstjenesten.

Trine Anita Johansen, avdelingsleder Langbølgen Sølvsuper

Ine Marie Lillevik, avdelingsleder Bølgen/Mellombølgen Sølvsuper  
Lise Tønnesen, avdelingsleder Kortbølgen, Sølvsuper  
Marianne Pettersen, avdelingsleder Rehabiliteringsavdelingen.  
Francis Odeh, medisinskfaglig ansvarlig overlege for alle korttidsplasser, Sølvsuper  
Ole Fredrik Andorsen, ansvarlig lege, Rehabiliteringsavdelingen.  
Marita Edvinsen, fagsykepleier Sølvsuper  
Monica Eivik, plasstillitsvalgt NSF, Sølvsuper  
Solbjørg Fjære, verneombud Sølvsuper  
Birgitte Andersen, fagleder Rehabiliteringsavdelingen.  
Hanne Cecilie Kanstad, verneombud Rehabiliteringsavdelingen.  
Marte Kristin Herstad, TV NFF, Rehabiliteringsavdelingen.  
Berit Gullhav, TV Fagforbundet, Rehabiliteringsavdelingen.  
Marit Larsen, leder Tildelingskontoret  
Marit Anita Valstad, leder Hjemmetjeneste Nord  
Tove Rasch, leder hjemmetjenesten Sentrum  
Økonomirådgiver Siri Pedersen  
Mona Karlsen, HO stab  
Anne Gro Abrahamsen, brukerrepresentant Eldrerådet

### **1.1.2 Mandat**

#### **Formål:**

*Det skal opprettes en arbeidsgruppe som skal utarbeide et notat som viser hvordan tiltakene kan gjennomføres til beste for pasienter, ansatte og HO-avdelingen. Det skal utarbeides en ROS analyse i arbeidsgruppen.*

#### **Delmål 1 – samling av korttidsplasser på Sølvsuper:**

Gjennom Ros – analyse belyse fordeler og ulemper ved samlokalisering av korttidsplassene i Sølvsuper. Her skal blant annet følgende punkter vurderes:

- Tilrettelegging av lokaler for rehabilitering i Sølvsuper.
- Organisering av tjenestene ved en flytting av rehabiliteringsavdelingen til Sølvsuper.
- Vurdere effekt av utvidet tverrfaglig kompetanse/fagmiljø
- Vurdere dagens praksis i forvaltning av alle korttidsplasser, herunder vurdere ansvar og myndighet i tildelingen. Foreslå fremtidig praksis i forvaltning av alle korttidsplasser.
- Konsekvenser for pasienter.
- konsekvenser for ansatte.
- Konsekvenser for andre kommunale tjenester/ bærekraftig drift.
- Konsekvenser for eksterne samarbeidspartnere.

Arbeidet skal også ta hensyn til at korttidsplassene skal samles i det nye Helsehuset i løpet av få år.

Andre forhold som avdekkes gjennom arbeidsprosessen og vurderes som relevant for beslutning skal også belyses.

### **Delmål 2 – nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger:**

Gjennom grundige Ros- analyse belyse fordeler og ulemper ved reduksjon av 5 rehabiliteringsplasser. Vurdere effekt av nedstyringskrav mot:

- Konsekvenser for pasienter.
- Konsekvenser for ansatte.
- Konsekvenser for andre kommunale tjenester / bærekraftig drift.
- Konsekvenser for eksterne samarbeidspartnere

Faglig uenighet er viktig å få belyst, både med tanke på god behandling for pasienter, effektiv bruk av ressurser, hensyn til ansatte og hensyn til pårørende. Vi forventer at en vurdering av forsvarlighet også adresseres tydelig. Detaljer rundt praktiske forhold (møblering, utstyrsplassing mv. kan utstå til et senere arbeid).

Frist for levering av rapport er 24. mars.

#### **1.1.3 Gjennomføring av prosjektmøter**

Det har vært avholdt seks fysiske møter hvor alle deltakerne i arbeidsgruppen har vært invitert. Det har vært noe fravær på enkeltmøter.

Møtene har vært lagt opp med gruppearbeid og plenumssesjoner med felles gjennomgang av gruppearbeid og ROS analyser.

Vi valgte å gå gjennom delmål en først. Vi samlet de positive argumentene og gjennomførte deretter ROS analyse for de negative argumentene med tiltakspunkter. Det samme gjorde vi for delmål to.

I det siste møtet gikk vi gjennom rapporten og kom frem til felles konklusjon og anbefalinger.

Det har vært avholdt ett felles møte med HTV og HVO. De er orientert om at lokale tillitsvalgte og verneombud fra Sølvsuper og Rehabiliteringsavdelingen har deltatt på alle møtene. Det er gjort en muntlig gjennomgang av rapporten til dem.

## 2. Rehabilitering og drift av døgnrehabilitering

### 2.1.1 Rehabilitering

Gjennom sentrale styringsdokumenter har kommunen plikt for å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring slik at den enkelte innbygger klarer seg selv i størst mulig grad utfra funksjonsevne<sup>1</sup>. De som har, eller står i fare for å miste, fysisk, kognitiv eller sosial funksjonsevne, har rett til rehabilitering<sup>2</sup>. Kommunene er pliktige til å kartlegge rehabiliteringspotensiale før kompenserende tiltak settes inn<sup>3</sup>. Rehabilitering skal som annen helsetjeneste foregå kunnskapsbasert<sup>4</sup>. Kunnskapsbasert praksis innebærer brukermedvirkning i utformingen av helsetjenesten både på individ- og tjenestenivå, og bruker har plikt og rett til å medvirke i utformingen av helsetjenesten er også lovfestet<sup>5</sup>.

Lokale styringsdokumenter som kommunedelplanen<sup>6</sup> påpeker at: *"For å kunne levere forsvarlige tjenester i fremtiden må fokus flyttes fra behandling til helsefremmende tiltak og forebygging, og innbyggeren må inspireres til å ta ansvar for egen helse. Endringen fra å yte passiv hjelp til mer aktiv rehabiliterende innsats, understreker at god omsorg ikke bare handler om å hjelpe, men også om å gjøre folk i stand til å klare seg selv."*

Før samhandlingsreformen 2012 ble rehabilitering i stor grad gitt i spesialisthelsetjenesten. Etter samhandlingsreformen er det blitt planlagt skyv der rehabilitering i all hovedsak skal gis i kommunehelsetjenesten. Rehabilitering i kommunehelsetjenesten kan både gis i institusjon og i hjemmet. Spesialisert rehabiliteringen skal fremdeles gis i spesialisthelsetjenesten, men kommunen mottar i større grad pasienter med mer komplekse utfordringer enn tidligere. Den demografiske utviklingen viser en forventet vekst i antall eldre. En høyere andel eldre i befolkningen, samt at flere lever lengre med følgetilstander etter store skader, stiller større krav om å ruste helsetjenestene på bærekraftig måte, deriblant ved helsefremmende arbeid og ved tidlig innsats når sykdom og skade oppstår.

En kommunal rehabiliteringsavdeling skal bidra med helsetjenester når det er behov for rehabilitering der dette ikke kan ivaretas i hjemmet, eksempelvis ved stort hjelpebehov, behov for høy intensitet, medisinske komplikasjoner eller behov for høy grad av

---

<sup>1</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011), Solberg R. Meld. St. 15 Leve hele Livet (2017-18), Solberg R. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2015).

<sup>2</sup> Lovdata. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. 2018

<sup>3</sup> Omsorgsdepartementet H-o. Rundskriv I-5/2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering (2017).

<sup>4</sup> Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis 2020 [updated 30.05.2020. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.

<sup>5</sup> Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis 2020 [updated 30.05.2020. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>, Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999).

<sup>6</sup> [https://bodo.kommune.no/getfile.php/133561-1545137221/Helse%20og%20velferd/BYRAA\\_BK\\_Ny\\_Virkelighet\\_Ny\\_Velferd\\_21x21\\_Skjerm.pdf](https://bodo.kommune.no/getfile.php/133561-1545137221/Helse%20og%20velferd/BYRAA_BK_Ny_Virkelighet_Ny_Velferd_21x21_Skjerm.pdf)

tverrprofesjonell koordinering for en kortere periode. Skal en kommunal rehabiliteringsavdeling bidra etter hensikt, er driften avhengig av en grunnbemanning som klarer å ivareta pasientene etter intensjonene. Dette innebærer kontinuitet i bemanning for å sikre god kontinuitet i rehabiliteringsprosessene til pasientene, høy terapeuttetthet for å sikre høy intensitet på trening, og et personale som arbeider tverrprofesjonelt og har tid til å gjøre dette. Tverrprofesjonelt kjennetegnes ved høy grad av felles målforståelse der alle yrkesgruppene i tillegg til sin egen faglighet har en rolle som rehabiliterende personell<sup>7</sup>. I et økonomisk perspektiv bør grunnbemanningen være så bærekraftig som mulig slik at kostnadene pr plass optimaliseres.

En ordinær korttidsavdeling skal også yte kommunal helsetjeneste når helsetjenesten ikke kan ivaretas i hjemmet. En ordinær korttidsavdeling har, i mindre grad enn en rehabiliteringsavdeling, fokus på høy intensitet og trening døgnet og uken gjennom. En korttidsavdeling er mer preget av flerfaglighet og tverrfaglighet, mens en rehabiliteringsavdeling er preget av tverrfaglighet og tverrprofesjonalitet<sup>7</sup>.

### **2.1.2 Døgnrehabilitering i Bodø Kommune**

Rehabiliteringsavdelingen er en del av kommunes korttidstilbud og har driftet med 16 senger siden 2001. Avdelingen ble etablert 1997 og hadde da 9 senger. Avdelingen gir tjeneste til kommunens innbyggere mellom 18 –100 år. Gjennomsnittsalderen har over tid vært cirka 70 år.

Omtrent 80% av de som innlegges i avdelingen kommer fra sykehus, de øvrig innlegges fra hjemmet med bakgrunn i et lengre rehabiliteringsforløp eller en funksjonssvekkelse som i en kortere periode kan ha god nytte av økt intensitet eller høy grad av tverrprofesjonelt arbeid.

I Rehabiliteringsavdelingen arbeider lege, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, hjelpepleiere, logoped, kjøkkenpersonell og assistenter. Det opprettes team rundt alle pasienter som innlegges i avdelingen. Teamet består alltid av fysioterapeut, ergoterapeut, lege, og pleier. Et av teamets medlemmer er pasientens primærkontakt og leder arbeidet gjennom oppholdet. Ved behov får pasienter som trenger det oppfølging av logoped og sykepleier med kompetanse i psykisk helsearbeid. Avdelingen har høyt fokus på å arbeide tverrprofesjonelt.

Teamet arbeider sammen med pasient i rehabiliteringsprosessen målrettet utfra kartleggingsspørsmålet "Hva er viktig for deg?". Rehabiliteringsprosessen individualiseres alltid, men følger en ramme der kartlegging av funksjon og hjemmet står sentralt for utforming av tiltak. I tillegg er målmøte, teammøter, evalueringsmøte og sluttmøte vesentlig for å få fremdrift i rehabiliteringsprosessen.

---

<sup>7</sup> Solvang PK. (Re)habilitering: terapi, tilrettelegging, verdsetting. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.

For å kunne få høy intensitet i trening døgnet og uken gjennom går fysio- og ergoterapeuter i en vaktordning. Det er fysioterapeuter i avdelingen alle hverdager på dagtid, 4 kvelder i uken, samt lørdag formiddag. Ergoterapeutene er til stede mandag - lørdag på dagtid, samt 3 kvelder i uken. Pleierne arbeider i ordinær turnus.

Gjennom tidlig intensiv innsats etter ny oppstått skade eller sykdom bidrar rehabiliteringsavdelingen med å fremme mestring hos den enkelte pasient, samt redusere behov for hjemmetjenester etter utskrivelse. Pasientene utskrives med varierende grad av behov for videre rehabilitering.

I forbindelse med budsjettarbeidet høsten 2020 gjorde Rehabiliteringsavdelingen en gjennomgang av pasienter innlagt i avdelingen fra 01.01.20-31.10.20. Gjennomgangen viste at 46% av de som ble innlagt ikke hadde utøvende helsetjenester fra Bodø kommune fra før. Ved utskrivelse hadde disse behov for følgende oppfølging:

- o 61% oppfølging fra øvrig rehabiliteringstjeneste, inkludert avtalebaserte fysioterapeuter.
- o 17% oppfølging både fra øvrig rehabiliteringstjeneste og hjemmetjenesten.
- o 5% oppfølging fra kun Hjemmetjeneste.
- o 19% har ingen tjenester ved utskrivelse.

### **2.1.3 Rapportering bemanning**

Rehabiliteringsavdelingen i Bodø kommune har alltid rapportert inn avdelingens bemanningsfaktor til KOSTRA, det vil si at avdelingen rapporterer inn det totale antall ansatte som er med i rehabiliteringsprosessene. Det innebærer at avdelingen har rapportert inn avdelingsleder, lege, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fagleder, sykepleier, helsefagarbeidere, kjøkkenassistent og øvrige assistenter, samt nattevakter.

Praksis for innrapportering gjennomføres ulikt fra kommune til kommune utfra hvordan ulike rehabiliteringsavdelinger er organisert. For eksempel er det mange kommuner som ikke har organisert lege, logoped og terapeuter inn i bemanningen. Ulik rapportering gjør at en sammenligning mellom ulike kommunale rehabiliteringsavdelinger ut fra KOSTRA ikke er gjennomførbar. For å kunne sammenligne må det praktiseres samme registreringsrutiner. Sammenligning av kommunens rehabiliteringsavdeling kontra andre kommunale institusjoner blir dermed også uhensiktsmessig sett utfra tall i KOSTRA.

I dag har Rehabiliteringsavdelingen en tverrprofesjonell bemanningsfaktor på 1,59 eksklusiv avdelingsleder, og en ren pleiefaktor på 0,96.



## **3. Delmål 1 – Samling av korttidsplasser på Sølvsuper**

### **3.1 Positive konsekvenser**

#### **3.1.1 Innledning**

Gjennom gruppearbeid og plenumsdiskusjoner er positive sider ved en samling av korttidsplassene, identifisert.

Hvert positive moment er gitt en begrunnelse. Noen av momentene har forutsetninger som må være ivaretatt for at det skal være et positivt moment. Den viktigste forutsetningen er at lokalene er tilrettelagt for rehabiliteringsarbeid. Dernest prosessarbeid for å lage grunnlag for samhandling og kompetansedeling.

I arbeidsprosessen ble noen av momentene rangert fra 1-5 hvor 5 var det mest positive og 1 det minst positive. Rangeringen er vist i ( ) der det er gitt slik rangering.

#### **3.1.2 Hovedtrekk**

Det er identifisert 15 momenter som gruppen har vurdert som positive. I vedlagt notat er momentene listet opp i den rekkefølgen de kom fram i løpet av gruppearbeidene. Noen av momentene er overlappende med hverandre.

Momentene kan grupperes i forhold til

- Kvalitet, pasientsikkerhet og pasientforløp
- Kompetanse, fagmiljø og innovasjon
- Samarbeid om bruk av kompetanse og ansatte, utvikling av felles kultur
- Gode arealer

De høyest rangerte momentene er knyttet til pasientforløp og pasientsikkerhet. Å unngå flytting av pasient mellom ulike bygg (som i dag) i situasjoner hvor pasienten endrer funksjonsnivå og trenger et annet tilbud enn det som gis der pasienten er. Ved å samle korttidsplasser i samme bygg vil det være lettere å gjøre fortløpende tverrfaglig vurdering og gi rett tilbud på rett tid i kommunen.

#### **3.1.3 Forutsetninger**

Forutsetningen om at 4. etasje var tømt var inngangen til arbeidet.

For at flere av de positive elementene skal slå inn må flere forutsetninger oppfylles.

Det gjelder blant annet ombygging/tilrettelegging av arealer for

Rehabiliteringsavdelingens behov i Sølvsuper, prosesser for utvikling av felles kultur, avklaring av samhandlingsmønster og faglig samarbeid.

## 3.2 Negative konsekvenser

Vi valgte kulepunktene i mandatet under delmål 1 som risikoobjekter. Disse 8 objektene ble ROS-analysert. Dette arbeidet ble gjennomført som hjemmelekkse, gruppearbeid og plenumssesjon. Selve ROS – analysen ligger som vedlegg.

### 3.2.1 Hovedtrekk

- Det kan være kostnadskrevenne å bygge om arealene i Sølvsuper til rehabilitering. Lokalene i fjerde etasje er ikke egnet til rehabilitering. Det kan være andre alternative løsninger i Sølvsuper.
- Det foreligger bekymring for organiseringen innad i Sølvsuper og i deler av helse- og omsorg etter flytting. Som for eksempel:
  - Personell brukt på tvers.
  - Splitting av nåværende rehabiliteringstjeneste.
  - Konflikter mellom ulike kulturer.
  - Hvordan personell skal brukes innad i Sølvsuper.
- Oppsmuldring av rehabiliterings-fagmiljø som er bygd opp over mange år.

### 3.2.2 Tiltak

Flere av tiltakene vil være forutsetninger for de positive konsekvensene i kapittel 2.1. I all hovedsak vil de viktigste tiltakene for en vellykket flytting av Rehabiliteringsavdelingen til Sølvsuper være i ikke prioritert rekkefølge:

- Tidlig oppstart av kulturarbeid.
  - Det må lages en plan for gjennomføring både i forhold til informasjon, medarbeidersamtaler, arbeidsmiljø, teambuilding, felles fagdager og sosiale aktiviteter. I dette arbeidet er det viktig med forståelse og respekt for ulike roller og arbeidsmetodikk.
- Det må utarbeides en plan for samhandling og sambruk av helsepersonell.
  - Det må være tydelig hvor den enkelte har sin tilhørighet.
- Ledelse i HO må avklare ledelsesstrukturen i Sølvsuper og hvordan korttids plassene og rehabilitering skal organiseres i helse- og omsorg.
  - Tjenestene bør organiseres slik at de fremmer helhetlige pasientforløp i større grad enn før. Rehabiliteringstjenesten har for eksempel mer samarbeid med hjemmetjeneste/korttids plasser enn med langtids plasser.
- Det må vurderes å flytte hele eller deler av rehabiliteringstjenesten ut av Gamle Riksvei 18 og 20 og samle mest mulig i Sølvsuper.
  - Det må vurderes å flytte dagplasser fra Sølvsuper til Gamle Riksvei. Det må også vurderes om Lillebølgen kan flyttes for å frigjøre areal. Det må lages en prioriteringsliste over de mest sentrale funksjonene som bør samlokaliseres med døgntil rehabilitering dersom ikke hele rehabiliteringstjenesten kan flytte til Sølvsuper.

- Logopedtjenesten må følge med Rehabiliteringsavdelingen.
- Tildelingskontoret skal opplyse og gjennomgå kriterier og mandat og ha jevnlig dialog med avdelingene.
  - Det skal informeres om inntaksteamets forvaltningsmandat og seleksjonskompetanse.
- En konkret funksjonsbeskrivelse for areal til Rehabiliteringsavdelingen må lages slik at tilrettelegging i Sølvsuper kan gjennomføres. Det må kostnadsberegnes.
- Det må jobbes med omdømme utad til øvrige eksterne samarbeidspartnere.

## 4. Delmål 2 – nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger

### 4.1 Positive konsekvenser

I utgangspunktet vil et nedtrekk av 5 korttidsplasser til rehabilitering gi en kapasitetsutfordring både vedrørende tilgang til døgnrehabiliteringstilbud spesielt, men også tilgang til korttidsplasser generelt.

Positive elementer som konsekvens av et slikt nedtrekk, kan være:

- Økt fokus på hverdagsmestring i andre deler av tjenestene.
- Spissing av kompetanse, spesialisering av rehabilitering i døgnrehabiliteringsplassene og optimalisering av rehabiliteringsprosessen.
- Bedre utnyttelse av sengeplasser gjennom mer faglig begrunnet seleksjon til døgnrehabilitering.
- Stimulerer til innovasjon og nytenkning ved å ha begrenset ressurser.

### 4.2 Negative konsekvenser

Vi valgte kulepunktene i mandatet under delmål 2 som risikoobjekter. Disse 4 objektene ble ROS-analysert. I tillegg har vi tatt med et eget punkt som omhandler pårørende. Arbeidet ble gjennomført som hjemmelekse, gruppearbeid og plenumssesjon. Selve ROS – analysen ligger som vedlegg.

#### 4.2.1 Hovedtrekk

Det er en åpenbar bekymring at pasienter får et dårligere tilbud enn i dag. Totalt vil 5 korttidssenger bli borte i kommunen. Det medfører at færre får tilbud, og da spesielt brukere som er hjemmeboende. Man antar at pasienter fra sykehuset vil bli prioritert.

En bekymring er at kommunen, på grunn av manglende tilbud, risikerer overliggenderøgn hos pasienter innlagt i sykehus. En risikerer funksjonstap for de som ikke får tilbud og større sannsynlighet for behov for høyere omsorgsnivå, også sykehjemsplass. Kortere opphold i Rehabiliteringsavdelingen og mindre intensitet i oppfølging, vil kunne medføre større hjelpebehov ved utskrivelse samtidig som hurtigere overganger øker risiko for feil.

Ved nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger vil det medføre at flere som jobber i avdelingen ikke vil kunne jobbe der lengre. Fare for å miste kompetanse og øke arbeidspresset på de som er igjen øker. Dette vil kunne føre til økt sykefravær og negativ innvirkning på arbeidsmiljø. En får mindre intensitet i oppfølging fordi terapeuter ikke vil kunne gå i vaktordning. Det vil bli større press på hjemmebaserte tjenester (hjemmetjenester, rehabilitering i hjemmet) og det er en større risiko for økt press på sykehjemsplasser. I dag har Bodø kommune cirka 1 rehabiliteringsseng per 3300 innbyggere. Etter nedtrekket vil det være cirka 1 seng per 4800 innbyggere.

#### 4.2.2 Tiltak

Flere av tiltakene vil være som forutsetninger for de positive konsekvensene i kapittel 3.1. Men i all hovedsak vil de viktigste tiltakene i forbindelse med reduksjon av 5 rehabiliteringssenger være i ikke prioritert rekkefølge:

- Rehabiliteringstilbudene for hjemmeboende må styrkes.
  - Her må kapasiteten innen hverdagsrehabilitering, innsatsteam, rehabilitering i hjemmet (fysioterapi, ergoterapi og logopedi) og hverdagsmestring i hjemmetjenesten økes.
  - Kompetansen innen hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring må økes i hjemmetjenesten.
  - Ta i bruk virtuell avdeling (VA) også til pasienter med rehabiliteringsbehov.
  - Riktig selektering av pasienter til riktig nivå i rehabiliteringstrappen som igjen betyr at kompetansen i de ulike trinnene må styrkes.
- Innbyggernes helsekompetanse må styrkes for å kunne gi økt mestring.
  - Dette må gjøres via informasjonskampanjer, folkehelseiltak, seniorhelse og ulike lavterskeltilbud.
- Natt-tjenestens ressurser må styrkes dersom flere pasienter har behov for hjelp på natt.
- Det må etableres alternative avlastningstilbud.
  - Blant annet hybler i Tverlandet bo- og servicesenter og Tiurveien kan gi et døgntilbud på et lavere nivå i omsorgstrappen.
- Det må gjøres en gjennomgang av seleksjonskriteriene for rehabiliteringstilbud.
  - For eksempel skal ikke pasienter på sosialt grunnlag ha et tilbud i institusjon.
- Det bør opprettes en sosionomstilling som tilknyttes korttidsplassene og rehabiliteringstjenesten.
  - Dette kan bidra til kortere innleggelser og riktigere bruk av fagkompetanse.
- Det må være lettere tilgang på hjelpemidler fra kommunalt korttidslager.
  - Samhandling internt i helse- og omsorg må optimaliseres for å få bedre sirkulasjon på kommunale hjelpemidler.
  - Det må sees på samhandling med NAV hjelpemiddelsentral for å forkorte saksbehandlingstid for avanserte hjelpemidler.
- Ikke kutte ned på legeressursene
  - Økt andel pasienter med komplekse utfordringer vil øke i Rehabiliteringsavdelingen og korttidsavdeling for øvrig.
- Sikre videreføring av vaktordning av fysio- og ergoterapeuter for å beholde intensiteten i rehabiliteringsprosessen.

## **5. Konklusjon, mulighetsrom og anbefalinger**

### **5.1 Konklusjon**

Det vil være faglig fornuftig å etablere Rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper Helse- og velferdssenter, forutsatt at lokalene er tilrettelagt for rehabilitering. Dersom dette ikke er mulig, vil det ikke være tilrådelig.

Det ligger noen forutsetninger til grunn for en vellykket etablering. Disse er nevnt under kapittel 3.2.2. Vi vil nevne kulturarbeid, organisering og flytting av større deler av rehabiliteringstjenesten som spesielt viktig for at etableringen skal lykkes. Det må også sees til kostnadene for bygningsmessige tiltak som må til før etablering av Rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper.

Det er ikke tilrådelig å trekke ned Rehabiliteringsavdelingen med 5 senger. Man mister da tilstedeværelse av terapeuter og kvalitet i tilbudet. Kapasiteten i tilgang på korttidsopphold generelt og rehabiliteringsopphold spesielt, vil gå ned. Det vil ikke være bærekraftig for tjenestene samlet. En avvikling av 5 senger vil kunne gi økte overliggerdøgn i sykehus og i tillegg forplante seg spesielt mot hjemmebaserte tjenester, herunder rehabiliteringstjenester, natttjenesten og øvrig hjemmetjeneste.

Med nedtrekk med 5 sengeplasser i Rehabiliteringsavdelingen vil terapeutressene trekkes så mye ned at de må tas ut av vaktordning.

### **5.2 Mulige handlingsrom**

Arbeidet har vist at det er flere handlingsrom som bør utforskes.

Forutsetningen om at 4. etasje var tømt var inngangen til arbeidet. Befaring i bygget viser at andre arealer sannsynligvis er bedre egnet for rehabilitering. Men dette vil berøre andre tjenester som i dag bruker arealene i Sølvsuper. Utredning av dette er nødvendig.

Det kan være faglig tilrådelig å redusere Rehabiliteringsavdelingen med 3 sengeplasser. Dette kan gjøres med å avvikle drift i treningsleilighet, samt 2 sengeplasser som i dag primært benyttes til hjemmeboende med behov for intensiv og tverrprofesjonell rehabilitering. Avvikling av disse 3 sengene vil medføre at forsterket rehabilitering må gis i hjemmet med eksempelvis innsatsteam og hjemmetjeneste.

Ved nedtrekk med 3 senger vil man kunne beholde terapeutressene innenfor et minimum for å opprettholde vaktordning noe som innebærer terapeutisk oppfølging dag, kveld og lørdag formiddag. Pleiebemanningen vil måtte være lik uavhengig om en drifter med 11 eller 13 senger for å kunne opprettholde bærekraftig og medisinsk forsvarlig drift.

Tabellen nedenfor synliggjør forskjellene for pleiefaktor og profesjonell bemanningsfaktor for henholdsvis 16, 13 og 11 senger:

Antall senger	Ren pleiefaktor	Tverrprofesjonell bemanningsfaktor
16 (pr d.d)	0,96	1,59
13 (Mulighetsrom)	1,7	1,84
11 (forslag vedtak)	1,7	1,96

Kompenserende tiltak som nevnt i kapittel 3.2.2 må være på plass før selve nedtrekket gjennomføres.

### 5.3 Bygningsmessige forhold/vurderinger

Det pågår et arbeid med Utvikling- og Eiendomsavdeling (UE) for å se på muligheter og kostnader knyttet til etablering av Rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper.

### 5.4 anbefalinger

- Det anbefales å gjennomgå de nye mulighetsrommene for etablering av Rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper som er kommet opp i prosessen. Dette kan berøre tjenester som dagtilbud og bolig til unge med omfattende bistandsbehov.
- Det bør vurderes hvordan en kan redusere rehabiliteringsavdelingen med 3 sengeplasser slik at det terapeutiske nivå kan videreføres ved et nedtrekk fra dagens 16 plasser.
- Det bør også vurderes å flytte hele eller deler av den resterende rehabiliteringstjenesten slik at tjenesten ikke splittes opp.
- Arbeidet må ses i sammenheng med de øvrige arbeidene som gjøres i kommunen nå. Det må blant annet gjøres et arbeid som skal vurdere hva som skal skje med for eksempel Langbølgen i Sølvsuper og hvor ny etablering av langtidsplasser skal skje.

### 5.5 Øvrige momenter som har kommet opp i løpet av arbeidet

- Organisering av tjenestene er ikke en del av mandatet, men det er innspill om å skille korttids plassene med støttefunksjoner som VA og medisinsk avstandsoppfølging ut fra områdene institusjon og hjemmetjenester.
- På Høylandet er det etablert Namdal Rehabilitering IKS som eies av 12 kommuner. Helse Midt RHF kjøper spesialisert rehabilitering fra denne tjenesten. Fordelene er mange, men en visker spesielt ut grensene med hva som er spesialisert og kommunal rehabilitering da personellet brukes om hverandre. Dette er noe Bodø kommune bør vurdere i fremtiden som kan komme den gode eksisterende tjenesten til gode.

## 6. Referanser

1. [Årsbudsjett 2021 – Økonomiplan 2021-2024](#)
2. [Budsjettvedtak Bodø bystyre 10.12.2020](#)



## **7. Vedlegg**

1. Positive effekter med etablering av rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper.
2. ROS – analyse ved etablering av rehabiliteringsavdelingen i Sølvsuper.
3. Positive effekter ved nedtrekk av 5 rehabiliteringssenger.
4. ROS – analyse av nedtrekk 5 rehabiliteringssenger.