

# Fra passiv mottaker til aktiv deltaker

## Hverdagsrehabilitering i norske kommuner



**KS FoU-prosjekt nr. 134027**  
**Sluttrapport**  
**15.06.2014**



## Disposisjon:

Forord	3
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>9</b>
<b>1 BAKGRUNN, MANDAT OG OPPLEGG FOR PROSJEKTET</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn og mandat	10
1.2 Opplegg for prosjektet	10
<b>DEL I LITTERATURGJENNOMGANG: INNHOLD, MÅL, SUKSESS- KRITERIER OG MODELLER FOR HVERDAGSREHABILITERING</b>	<b>12</b>
<b>2 HVA ER HVERDAGSREHABILITERING – KJÆRT BARN MED MANGE NAVN</b>	<b>12</b>
<b>3 MÅL/INTENSJONER MED OG SUKSESSKRITERIER FOR HVERDAGSREHABILITERING</b>	<b>13</b>
3.1 Mål og intensjoner	13
3.2 Suksesskriterier for hverdagsrehabilitering	15
<b>4 MODELLER FOR HVERDAGSREHABILITERING</b>	<b>17</b>
4.1 Inspirasjonskildene – Østersund og Fredericia	17
4.2 Hva skiller modellene fra hverandre?	18
4.2.1 Organisatorisk status og forankring	18
4.2.2 Organisering av hverdagsrehabilitering	19
4.2.3 Kompetanse	20
4.2.4 Målgrupper for hverdagsrehabilitering	20
<b>5 HVA ER EFFEKTENE AV HVERDAGSREHABILITERING?</b>	<b>21</b>
<b>DEL II HVERDAGSREHABILITERING I UTVALGSKOMMUNENE</b>	<b>23</b>
<b>6 UTVALGSKOMMUNENES TILNÆRMING TIL HVERDAGS- REHABILITERING</b>	<b>23</b>
6.1 Oversikt over utvalgskommunene og deres status ift. innføring av hverdags- rehabilitering	23
6.2 Organisering av og ressurser knyttet til hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene	26
6.2.1 Tilnærming til hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene	26
6.2.2 Oppsummering av organisering av hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene	33
6.3 Hvem skal få hverdagsrehabilitering?	34
6.4 Henvisning/valg av brukere og vedtak	35
6.5 Kartlegging og oppfølging	38

<b>7</b>	<b>DRØFTING – SUKSESSKRITERIER, FORUTSETNINGER OG FALLGRUVER</b>	<b>40</b>
7.1	Suksesskriterier	40
7.2	Forutsetninger og fallgruver – hvilke avveininger er viktige ved implementering av hverdagsrehabilitering?	41
	<b>DEL III REGISTRERINGS- OG BEREGNINGSMODELL FOR HVERDAGSREHABILITERING</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>OPPBYGGING AV REGISTRERINGS- OG BEREGNINGSMODELLEN (TESTVERSJON)</b>	<b>48</b>
8.1	Grunnlaget for en beregningsmodell	48
8.2.1	Brukerark	48
8.2.2	Sammenstilling	50
8.2	Hva er det mulig å få ut av modellen? – en illustrasjon	50
<b>9</b>	<b>ERFARINGER MED TESTVERSJONEN OG JUSTERING AV REGISTRERINGS- OG BEREGNINGSMODELLEN</b>	<b>53</b>
9.1	Erfaringer ved uttesting av modellen	53
9.2	Endringer i en revidert registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering	56
9.2.1	Tilpasning til kravene fra følgeevalueringen for Helsedirektoratet	56
9.2.2	Endringer i modellen som følge av tilbakemeldinger og erfaringer fra testkommunene	59
9.3	Oversikt over den reviderte modellen	61
9.3.1	Brukerarkene	61
9.3.2	Sammenstillingsarket	66
	<b>Litteratur</b>	<b>68</b>
<b>Vedlegg:</b>	<b>Oppsummering av hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene</b>	<b>70</b>

## Forord

Den foreliggende rapporten fra KS-prosjektet *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* oppsummerer en gjennomgang av dokumentasjon om hverdagsrehabilitering i skandinaviske kommuner og erfaringene fra 20 norske kommuner/bydeler.

I forbindelse med prosjektet har vi utarbeidet en modell for registrering og dokumentasjon av ressursinnsats og brukerresultater før, under og etter rehabiliteringsprosessen. 11 av kommunene som vi hadde kontakt med i prosjektet har prøvd ut og gitt tilbakemeldinger på en foreløpig versjon av modellen. Vi har mottatt gode tilbakemeldinger og nyttige innspill til forbedringer av modellen fra disse kommunene. De fleste innspillene har vi søkt å ivareta i en forhåpentlig forbedret versjon av modellen. Tusen takk for deres tilbakemeldinger!

Den reviderte modellen er tilgjengelig for og kan benyttes fritt av alle kommuner. KS har lagt modellen ut på nettsidene [www.ks.no/hverdagsrehabilitering](http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering) og [www.hverdagsrehabilitering.no](http://www.hverdagsrehabilitering.no).

Som en del av rapporteringen fra prosjektet har vi også laget fire temahefter som kommuner kan bruke når de drøfter sin tilnærming, organisering og kompetanse i hverdagsrehabilitering. Kommuner som er i startfasen med hverdagsrehabilitering vil forhåpentlig ha spesiell nytte av disse heftene.

Vi takker de 18 kommunene og 2 bydelene i Oslo som har bidratt med omfattende dokumentasjon i prosjektet. En spesiell takk til de åtte kommuner/bydeler som har tatt godt i mot oss. Folkevalgte, ledere og medarbeidere i rehabiliteringsteamene har delt sine erfaringer og synspunkter med oss.

Vi takker også våre kontaktpersoner i KS, Liv Overaae og Hilde Ravnaas som har fulgt prosjektet tett og som har bidratt med innspill underveis og ved utforming av den foreliggende rapporten.

Oslo, juni 2014

Lilian Høverstad

Roland Fürst

## Sammendrag

Et stort antall norske kommuner har innført eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud. Inspirasjonen hentes først og fremst fra erfaringene i svenske og danske kommuner.<sup>1</sup>

Støtte til å styrke brukernes mestringsevne er det sentrale elementet: Hverdagsrehabilitering skal bidra til å endre den tradisjonelle tenkningen i pleie- og omsorgstjenestene:

**Fra:** Hva er problemet du trenger hjelp til?

**Til:** Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?

Tilrettelegging for og trening i forhold til daglige aktiviteter er derfor de viktigste tiltakene i hverdagsrehabilitering.

Innføring av hverdagsrehabilitering har flere mål:

- **Brukerrettet:** Hverdagsrehabilitering skal bidra til at personer klarer å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, i stedet for å være passive hjelpemottakere.
- **Kommunaløkonomisk:** Økt mestringsevne skal innebære at kommunen får redusert ressursbruk ved en reduksjon i behovet for hjemmetjenester og en utsettelse av tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg (f.eks. utsatt sykehjemsinleggelse).
- **Medarbeiderne** i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal oppleve det som tilfredsstillende og motiverende at deres innsats fører til at brukerne mestrer hverdagslivets aktiviteter.

En rekke forskningsrapporter og evalueringer fra enkeltkommuner dokumenterer at alle disse målene nås. Hverdagsrehabilitering er derfor en uimotståelig appellerende løsning for å sikre god pleie og omsorg på en kostnadseffektiv måte. Suksess er imidlertid ikke en selvfølge – også tiltak med gode intensjoner kan strande.

Funnene i prosjektet understreket noen viktige forutsetninger som må være tilstede for å sikre vellykket hverdagsrehabilitering, og noen valg som kommunene må ta ved innføring:

### Suksesskriterier

Kommunene som vi har hatt kontakt med i prosjektet fremhevet i stor grad de samme forutsetningene eller suksesskriteriene for vellykket hverdagsrehabilitering som vi fant i litteraturen:

- **Forankring i politisk og administrativ ledelse.**  
Kommunene må regne med at det vil komme reaksjoner fra innbyggerne og ansatte på en ny måte å jobbe med brukerne på.  
Særlig brukere som tidligere mottok hjelp eller nye brukere og pårørende som forventer hjelp, kan oppleve at goder blir tatt fra dem. Det nye konseptet krever noe av dem – egeninnsats for å gjenvinne eller styrke mestring av aktiviteter i dagliglivet.  
Politisk og administrativ ledelse må kunne forsvare satsningen på hverdagsrehabilitering.
- **Ressurser til intensiv innsats i en periode**  
Selv om ett av siktemålene er å spare ressurser på sikt, er det behov for en pukkel ved oppstart. Teamet og samarbeidsrutiner må etableres, og det tar lenger tid å trene brukerne enn å gjøre jobben for dem.  
Flere politikere og administrative ledere kommenterte at de ikke har råd til å la være å satse på hverdagsrehabilitering for å møte morgendagens utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

---

<sup>1</sup> De viktigste og best dokumenterte eksemplene er Østersund i Sverige og Fredericia og Odense i Danmark.

- Holdnings- og kulturendring

Hverdagsrehabilitering krever at medarbeiderne venner seg til «å jobbe med hendene på ryggen». Brukernes egenmestring skal styrkes.

For mange som lenge har hatt en hjelperrolle, kan det innebære en stor omstilling.

Det er spesielt viktig å få mellomledere i hjemmetjenesten med på laget, slik at de kan følge opp en riktig praksis overfor sine medarbeidere og henvise egnede brukere til hverdagsrehabilitering.

- Kompetanse

Medarbeiderne i hverdagsrehabilitering besitter ulik kompetanse og erfaring: Fysioterapeutene og ergoterapeutene har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De er derfor sentrale og fungerer som motorer for hverdagsrehabilitering. Samtidig er terapeuter ofte mangelkompetanse i kommunene.

Sykepleiere er viktige fordi de har kompetanse innenfor ernæring, medisiner og andre sykepleiefaglige oppgaver.

Hjelpepleiere, helsefagarbeidere og hjemmehjelpere er viktige fordi de har erfaring med å tilrettelegge for dagliglivets gjøremål, som nettopp er det brukerne skal trene på.

- Forpliktende tverrfaglig arbeid

De ulike gruppene må samordne sin innsats og sikre en rød tråd i tilnærmingen overfor den enkelte brukeren. Alle grupper må bringe inn sin kompetanse og sine synspunkter. Konkurransen om definisjonsmakten kan føre til at noen medarbeidere trekker seg unna. Dette svekker samarbeidsgevinstene i arbeidet.

- Informasjon og motivasjon av brukere og pårørende

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukernes ønsker om hvilke aktiviteter som skal mestres. Brukerens motivasjon for egen innsats er avgjørende for et vellykket resultat. Det er viktig at pårørende har forståelse for nødvendigheten av trening, og ikke har forventninger om hjelp som passiviserer brukeren.

En god dialog med brukere og pårørende er nødvendig helt fra starten av. I mange kommuner ligger dette ansvaret til et bestillerkontor eller en forvaltningsenhet.

- Tydelige målgrupper – de rette brukere

Kommunene definerer inkluderings- og eksklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering. Likevel har mange kommuner problemer med å få henvist brukere i tråd med disse kriteriene. Rehabiliteringsteamene får ofte henvist brukere fra pleie- og omsorgstjenesten som er dårlig egnet, enten fordi de har et sykdomsbilde som gjør at de mangler potensial for rehabilitering eller på grunn av psykiske eller kognitive forutsetninger. Brukere i hverdagsrehabilitering må kunne forstå og nyttiggjøre seg instruksjon.

For ikke å virke eksklusiv, tar teamene i noen kommuner også imot dårlige egnede brukere. Dette innebærer i en del tilfeller lite effektiv ressursbruk, med intensiv innsats overfor brukere som har lite utbytte av hverdagsrehabilitering.

Kunnskap om hvilke brukere som er egnet, må derfor formidles til de instansene som er aktuelle for å henvise brukere. Dette gjelder foruten hjemmetjenesten og bestiller-/forvaltningsenheten i kommunene også sykehus, rehabiliteringstjenesten og fastleger.

- Målrettet innsats og dokumentasjon av resultater

Det er viktig løpende å dokumentere resultater for å få oppslutning om fortsatt satsing på hverdagsrehabilitering. Dette kan sikres ved hjelp av tall og statistikk, men også gjennom gode historier/case om enkeltbrukere som har forbedret sitt funksjonsnivå etter trening i hverdagslivets aktiviteter. I forhold til hjemmetjenestene er de gode historiene ofte egnet for å vinne oppslutning om mestringsideologien. Dette innebærer blant annet en forståelse for at de hemmelige tjenestene (hente post, kaste søppel m.m.) ikke tjener brukerne.

Rehabiliteringsprosessen overfor den enkelte brukeren tar utgangspunkt i klare mål som brukeren anser som viktige. Målene følges opp og prosessen må evalueres kontinuerlig.

## Ulike løsninger og valg ved innføring av hverdagsrehabilitering

- Modeller for organisering

Beskrivelsen av organisering av hverdagsrehabilitering i de 20 utvalgte kommunene illustrerer et stort mangfold:

Elleve av kommunene i utvalget har etablert tverrfaglige team som har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen (spesialistmodell). De resterende ni kommunene bruker terapeuter for å veilede og følge opp treningsoppgavene som utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten (integrert modell).

Vi har drøftet fordeler og ulemper ved de ulike modellene:

I spesialistmodellen kan teamet konsentrere seg fullt og helt om hverdagsrehabilitering. Medarbeiderne i teamet skjermes for ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. Teamet kan imidlertid oppleves som eksklusiv av hjemmetjenesten, i og med at det får god tid til å planlegge og arbeide med den enkelte brukeren. Tilbud om hverdagsrehabilitering gis dessuten ofte til brukere som hjemmetjenesten beskriver som lette.

Den integrerte modellen gir i større grad grunnlag for at hverdagsmestring involverer hele hjemmetjenesten, ikke bare noen dedikerte og motiverte medarbeidere. Dette krever en holdnings- og kulturendring fra «å gjøre for» til «støtte til å mestre selv». I denne modellen kan oppdrag i hverdagsrehabilitering konkurrere med ordinære pleie- og omsorgsoppgaver. I en travel hverdag kan det være nødvendig å redusere treningsaktiviteter for å rekke alle oppdrag.

Følgende forhold har betydning for valg av modell i den enkelte kommunen:

- Kommunestørrelse og bosettingsmønster:

I mange små kommuner og i områder med spredt bosetting tilsier reiseavstander at det blir for ressurskrevende å ha et eget team utenfor de ordinære tjenestene. Det kan dessuten være problematisk å rekruttere et tilstrekkelig antall brukere til et tverrfaglig sammensatt team som utelukkende arbeider med hverdagsrehabilitering.

Flere kommuner har derfor valgt den integrerte modellen der hverdagsrehabilitering utføres av personell som også ivaretar tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver og spesialiserte ergo-/fysioterapioppgaver. I disse kommunene er det hensiktsmessig å organisere oppdragene i hverdagsrehabilitering på egne arbeidslister. Ellers kan medarbeiderne som utfører oppdragene, miste fokus på brukerens egen mestring – og rehabiliteringsoppgaver salderes bort i en travel hverdag.

- Utfordringen knyttet til kultur og holdninger:

I noen kommuner representerer den nødvendige kultur- og holdningsendringen i hjemmetjenesten en stor utfordring. Det kan da være hensiktsmessig å starte med en spesialistmodell for å sikre riktig tilnærming. Etter hvert som gode resultater dokumenteres, kan hverdagsrehabilitering integreres i hele hjemmetjenesten.



Uansett valg av modell er ledelse viktig:

I spesialistmodellen må ledelsen bidra til at hjemmetjenesten og andre samarbeidspartnere har forståelse for hverdagsrehabilitering. God informasjon og åpne linjer ved henvisninger er viktig for å unngå at hverdagsrehabilitering blir oppfattet som et eksklusivt tilbud.

I den integrerte modellen må ledelsen følge opp og sikre at hverdagsrehabilitering blir gjennomført i tråd med planene, for å unngå at treningsoppdrag salderes bort i en travel hverdag.

- Målgrupper for og varighet av hverdagsrehabilitering

For å sikre at den tverrfaglige og intensive innsatsen som hverdagsrehabilitering innebærer, er effektiv, må det defineres målgrupper for tilbudet, oftest f.eks.:

- Brukere som søker tjenester for første gang
- Tidligere brukere som har hatt et brått funksjonsfall.

Like viktig som å definere målgrupper, er det å definere hvilke brukere som ikke er egnet for hverdagsrehabilitering, f.eks.:

- Brukere som ikke har et rehabiliteringspotensial
- Brukere med omfattende mental/kognitiv svikt
- Brukere som ikke er motiverte og som ikke kan motiveres til egen innsats.

Intensiv innsats overfor brukere som ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet, er lite effektivt.

Definisjon av målgruppen er avhengig av rehabiliteringstilbudet for øvrig i kommunen (tilgang til tilbud i spesialisthelsetjenesten, kommunale rehabiliteringsplasser, privatpraktiserende fysioterapeuter m.m.). I kommuner med et bredt tilbud kan målgruppen for hverdagsrehabilitering avgrenses mer enn i kommuner som har et svakt rehabiliteringstilbud for øvrig.

- Dokumentasjon av resultater og effektivitet

Hverdagsrehabilitering må forholde seg til et generelt krav: Kommunenes tilbud skal bidra til å øke brukernes velferd på en kostnadseffektiv måte.

Den grunnleggende idéen bak hverdagsrehabilitering er i så måte nærmest uimotståelig: Brukerne får økt sin velferd gjennom bedret mestringsevne og funksjonsnivå – og kommunen får reduserte utgifter gjennom lavere utgifter til hjemmetjenester og utsettelse av institusjonsplassering.

Overbevisende resultater dokumenteres bl.a. fra Fredericia i Danmark: 45% av brukerne som hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering, avsluttet prosessen uten at de hadde behov for videre hjelp, 40% avsluttet med mindre hjelp enn de ville fått opprinnelig og 15% avsluttet med samme omfang av hjelp som de ville fått opprinnelig.

Sentrale forutsetninger for å sikre effektivitet er:

- Sikre reell tverrfaglighet ved å få synergier ut av ulik kompetanse
- Effektiv organisering av tverrfaglighet (rutiner, møter, informasjonsutveksling)
- Henvisning av de rette brukerne
- Avslutning av tiltak med liten effekt
- Rød tråd i tilnærmingen overfor brukeren samt kontinuitet i utførelsen av oppgavene

I prosjektet sendte vi et forslag til modell for registrering av ressursinnsats og utvikling i brukernes mestringsevne og funksjonsnivå til de 20 kommunene som vi hadde kontakt med. 11 kommuner testet ut modellen. Deres tilbakemeldinger har gitt innspill til forbedring og utvikling av modellen.



Kommunenes tilbakemeldinger understreker at mange må ha bedre rutiner for å sikre en systematisk registrering av ressursinnsats og kartlegging av brukernes mestringsevne/funksjonsnivå.

En revidert **registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering** er fritt tilgjengelig for kommunene og kan lastes ned fra [www.ks.no](http://www.ks.no)...

### **Prosjektets formål og mandat**

*Prosjektet undersøker erfaringene som norske kommuner har med utprøving av ulike modeller for hverdagsrehabilitering, spesielt med hensyn til styring, ledelse og økonomi. Mandatet som KS har definert for prosjektet er «**å aggregere kunnskap fra ulike modeller for å kunne vurdere forutsetninger og elementer som må være tilstede for å utvikle modeller for hverdagsrehabilitering som fungerer.**» I tillegg skal prosjektet utarbeide en beregningsmodell som kan brukes til støtte i kommunenes styring og oppfølging av hverdagsrehabilitering.*

### **Opplegg og metode**

*Prosjektet tar utgangspunkt i en gjennomgang av tilgjengelig litteratur om hverdagsrehabilitering fra svenske, danske og norske kommuner. For å utdype ulike valg og suksesskriterier for hverdagsrehabilitering, ble det valgt ut 18 kommuner og to bydeler i Oslo som har innført eller som planlegger å innføre hverdagsrehabilitering. Fra disse kommunene/bydelene er det innhentet skriftlig dokumentasjon som beskriver organisering av, målgrupper for og kompetansen/ressursene som er avsatt til hverdagsrehabilitering. I åtte kommuner har vi foretatt dybdeintervjuer med folkevalgte, administrative ledere, ledere for rehabiliteringsarbeidet og med medarbeiderne som er involvert i hverdagsrehabilitering.*

## Summary

The purpose of this study, given by KS (The Norwegian Association of Local and Regional Authorities), was:

- to aggregate experience from different models for rehabilitation of activities of daily life (ADL),
- in order to discuss conditions the municipal authorities have to consider in the process of implementation of rehabilitation of ADL.

An important part of the mandate was to develop a model for registration and documentation of the results of such rehabilitation.

A large number of Norwegian municipalities have adopted or are in the process of implementing rehabilitation of ADL, inspired by experience mainly from Swedish and Danish municipalities. This study is based on experiences from 20 Norwegian municipalities.

The central element in this kind of rehabilitation is to increase and strengthen the patient's ability to cope to and manage daily activities. This requires a change in traditional thinking and culture in nursing and care services

**From:**  
What is the problem you  
need help with?

**To:**  
What are the important activities  
in your life that you want to cope with  
by your own?

Increased coping skills will reduce and delay the need of care – and thus to reduce the need of resources in municipal health care and nursing.

This study concludes and stresses some success factors for rehabilitation of activities of daily life:

- Both political and administrative management must support the implementation of the concept.
- The organization in the municipal health care has to be open for changing attitudes and culture.
- The concept requires an interdisciplinary approach to ensure synergies of different expertise. Meanwhile, interdisciplinarity is resource intensive – meetings, the flow of information etc. must be organized effectively.
- Municipalities have to point out the target groups for this kind of rehabilitation – and ensure that it is offered the “right users”.
- Rehabilitation of ADL consists of targeted and intensive efforts in a relatively short period. In order to justify intensive efforts, the municipalities have to document the results, e.g. by using the model for registration and documentation of input and results that was developed in this project.

# 1 Bakgrunn, mandat og opplegg for prosjektet

## 1.1 Bakgrunn og mandat

KS' tilbudsforespørsel av 26.06.2013 viser til at mange norske kommuner arbeider med å legge om pleie- og omsorgstjenestenes innretning med økt vekt på rehabilitering. Det betyr først og fremst innføring av hverdagsrehabilitering og vektlegging av hverdagsmestring for hjemmeboende brukere.

Prosjektet skal undersøke erfaringene som norske kommuner har med utprøving av ulike modeller for hverdagsrehabilitering, spesielt med hensyn til styring, ledelse og økonomi.

Tilbudsforespørselen beskriver mandatet for prosjektet på følgende måte:

*Hovedformålet med dette FoU-prosjektet er å aggregere kunnskap fra ulike modeller for å kunne vurdere forutsetninger og elementer som må være tilstede for å utvikle modeller for hverdagsrehabilitering som fungerer. Det legges særlig vekt på økonomi, personell- og kompetansebehov, samt styring og ledelse.*

KS forutsetter at prosjektet skal ta for seg følgende problemstillinger:

1. *Hvilke elementer må være til stede for at hverdagsrehabilitering skal bidra til redusert behov for tjenester på lenger sikt? Hva er drivere og ev. hindre for vellykket hverdagsrehabilitering?*
2. *Hva er fordeler og ulemper ved de ulike organisatoriske løsningene av hverdagsrehabilitering i kommunene? Styring, ledelse og økonomi belyses spesielt.*
3. *Hvilken kompetanse i ledelsen og blant medarbeiderne er nødvendig for å innføre hverdagsrehabilitering, og hvordan bygges denne kompetansen?*
4. *Det skal utarbeides en beregningsmodell for hverdagsrehabilitering som kan brukes til støtte i kommunenes styring.*

## 1.2 Opplegg for prosjektet

Norske kommuners tilnærminger til og erfaringer med hverdagsrehabilitering er sentrale for å besvare problemstillingene i tilbudsforespørselen fra KS.

Når vi skal kartlegge forutsetninger for vellykket hverdagsrehabilitering og ved drøfting av organisatoriske løsninger, krav til forankring, ledelse og kompetanse må vi imidlertid også ta med den dokumentasjonen som foreligger fra svenske og danske inspirasjonskilder for hverdagsrehabilitering.

En gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon viser at hverdagsrehabilitering er evaluert i mange kommuner. Evalueringene har i varierende grad også vurdert de økonomiske effektene. Likevel ser det ut til at redskaper som gir kommunene mulighet til å styre og følge opp resultatene av hverdagsrehabilitering mangler. Den fjerde problemstillingen i KS' mandat er derfor sentral i prosjektet.

Etter en gjennomgang av tilgjengelig litteratur har vi hatt kontakt med 20 kommuner/bydeler. Kommunene har sendt oss skriftlig dokumentasjon (prosjektplaner m.m.) som beskriver deres tilnærming til hverdagsrehabilitering. Med noen kommuner har vi hatt telefonintervjuer for å supplere den skriftlige dokumentasjonen. Åtte kommuner har vi besøkt

og gjennomført intervjuer med folkevalgte og administrative ledere og med medarbeidere i rehabiliteringsteamene. En kort oppsummering og beskrivelse av tilnærmingen til hverdagsrehabilitering i de 20 kommunene er tatt med som vedlegg til denne rapporten.

I desember 2013 sendte vi et utkast til registrerings- og beregningsmodell til de 20 kommunene. Kommunene ble bedt om å se på modellen – og helst teste den ut med konkrete brukere i en kort periode for å vurdere om den er hensiktsmessig

Den foreliggende rapporten er disponert i tre deler:

**Del I** gir i kapitlene 2-5 en kort oppsummering av innhold, mål og suksesskriterier for hverdagsrehabilitering med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen.

I **del II** gir kapittel 6 en kort oppsummering av hverdagsrehabilitering i de 20 kommunene som deltok i prosjektet. I kapittel 7 drøfter vi suksesskriterier, forutsetninger og fallgruver for hverdagsrehabilitering.

**Del III** behandler registrerings- og beregningsmodellen for hverdagsrehabilitering. Vi beskriver modellen som ble sendt ut til kommunene (testversjonen), kommunens erfaringer og tilbakemeldinger, og vårt forslag til en revidert modell.

# Del I Litteraturgjennomgang: Innhold, mål, suksesskriterier og modeller for hverdagsrehabilitering

## 2 Hva er hverdagsrehabilitering – kjært barn med mange navn

Helse- og omsorgsdepartementets *Forskrift om habilitering og rehabilitering* gir i § 2 følgende definisjon:

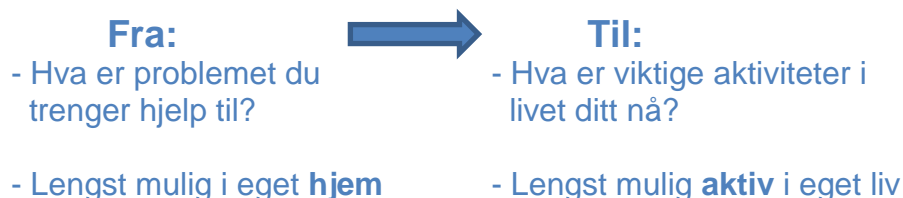
*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt i samfunnet.*

Tverrfaglig innsats som er avgrenset i tid og som tar utgangspunkt i brukerens egne ressurser for å styrke funksjons- og mestringsevnen, er således sentrale elementer i rehabilitering. Målet er at den enkelte skal nå eller opprettholde «sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå» (St.meld.nr. 21 (1998-1999)).

Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i denne definisjonen. Forbilder fra Sverige (med utvikling av *hemrehabilitering i Østersund*) og Danmark (jf. bl.a. *Fredericiamodellen og Træning som Hjælp i Odense*), legger vekt på følgende elementer (NOU 2011:11, Kjellberg J. og R. Ibsen 2010, Sosialstyrelsen 2007, Ness N.E. m.fl. 2012):

- Tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode for å bidra til styrking av funksjonsnivå og mestringsevne.
- Planlegging av tiltak tar utgangspunkt i brukerens egne ønsker om hvilke funksjoner det er viktig å styrke/gjenvinne og hvilke aktiviteter brukeren ønsker å kunne gjennomføre selv.
- Den tverrfaglige innsatsen rettes mot mestring av daglige aktiviteter i brukerens hjem/nærmiljø.

Hverdagsrehabilitering representerer i så måte et brudd med tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Prosjektgruppen for hverdagsrehabilitering i Norge kaller hverdagsrehabilitering et paradigmeskifte og illustrerer det på følgende måte:<sup>2</sup>



Innføring av hverdagsrehabilitering representerer i mange kommuner en grunnleggende endring i pleie- og omsorgstjenestene, fra «å gjøre for deg» til «å hjelpe deg til å klare selv». Intensjonen er imidlertid ikke ny. Bl.a. har bydelene i Oslo som hatt tverrfaglige innsatsteam

<sup>2</sup> Fra en samling med introduksjonsfoiler om hverdagsrehabilitering på hjemmesiden [www.ergoterapeutene.no](http://www.ergoterapeutene.no)

i mange år. Innsatsteamene arbeidet i stor grad etter prinsippene for hverdagsrehabilitering. Paradigmeskiftet består etter vår forståelse først og fremst i at tenkningen om hverdagsmestring og vektlegging av brukernes egne ønsker, blir satt i system og at tverrfaglighet preger tilnærmingen.

I litteraturen og i kommunene benyttes ulike begreper, med dels noe avvikende og dels overlappende innhold. Et skille som bl.a. kommenteres i dokumenter fra Østersund (Månsson M. 2007) og prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i Norge (Ness N.E. m.fl. 2012) er:

- Hjemmerehabilitering kan omfatte brukere/pasienter med store oppfølgingsbehov.
- Hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette et mer omfattende pleiebehov.

Hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering brukes likevel ofte om hverandre.

I dette prosjektet vil vi drøfte modeller for rehabilitering som:

- Skjer i brukerens eget hjem.
- Legger vekt på at brukeren opprettholder eller gjenvinner muligheten til å mestre aktiviteter i dagliglivet – med utgangspunkt i aktiviteter som brukeren selv prioriterer.
- Baserer seg på organisert tverrfaglig innsats.

Mange kommuner har utviklet sine egne modeller og løsninger, for eksempel Vossamodellen, Songdalenmodellen, Aktiv Deltaker i Eget Liv osv. Og noen kommuner praktiserer hverdagsrehabilitering gjennom bruk av innsatsteam – uten å kalle det eksplisitt for hverdags- eller hjemmerehabilitering.

### **3 Mål/intensjoner med og suksesskriterier for hverdagsrehabilitering**

#### **3.1 Mål og intensjoner**

Målet for hverdagsrehabilitering overfor den enkelte brukeren er at vedkommende skal kunne mestre hverdagens aktiviteter selv i den grad det fysiske, mentale og sosiale funksjonsnivået tillater det. Hjelp og støtte til hverdagsmestring er derfor det sentrale utgangspunktet:

- **Dreining fra passiv hjelp til aktiv mestring:**

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

Tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester bryter ofte mot dette synet: Tjenesteyterne overtar styringen og passiviserer, snarere enn aktiviserer sine brukere.

Den tverrfaglige innsatsen i hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukerens ressurser og brukerens ønsker om hvilke aktiviteter og funksjoner det er viktig å gjenvinne.

I tillegg har kommunene flere incentiver og intensjoner knyttet til innføring av hverdagsrehabilitering:

- **Økonomiske besparelser:**

Den demografiske utviklingen innebærer en betydelig økning i antall eldre med redusert funksjonsnivå i årene framover. Uten endring i tjenesteideologi og arbeidsformer, vil dette føre til store utfordringer med hensyn til både rekruttering av omsorgsytere med nødvendig kompetanse og finansiering av tjenestene.

Tidlig tverrfaglig rehabiliterende innsats skal bidra til å utsette funksjonssvikt og gjøre brukerne mindre avhengig av pleie og personlig bistand eller tilbud i en pleie- og omsorgsinstitusjon.

I praksis krever dette en mer langsiktig tenkning enn det som pleie- og omsorgstjenestene ofte er preget av: I en avgrenset tidsperiode krever rehabilitering mer ressurser enn tradisjonell pleie og omsorg. Det er tidkrevende og krever sammensatt, tverrfaglig kompetanse å motivere, tilrettelegge og trene brukeren til å utføre oppgaver selv. På kort sikt er det ofte mindre ressurskrevende at en tjenesteyter utfører oppgavene uten brukerens medvirkning.<sup>3</sup>

- **Medarbeidertilfredshet:**

Spesielt evalueringsrapporter fra danske kommuner fastslår at de fleste medarbeidere som var med i tverrfaglige team eller på annet vis engasjert i hverdagsrehabilitering ikke kan tenke seg å gå tilbake til mer tradisjonell gjøre-for-omsorg: Å se at brukere mestrer aktiviteter som de tidligere ikke har klart, gir en faglig/profesjonell tilfredsstillelse.

Evalueringsrapportene tyder på at dette gjelder både medarbeidere som har rehabilitering som sin hovedoppgave (ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med rehabiliteringsoppgaver) og medarbeidere som i utgangspunkt ikke hadde verken utdannelse eller oppgaver som var eksplisitt rehabiliteringsrettede.

En ideologi og arbeidsform som gir mulighet for utfoldelse og faglig stolthet, kan være et konkurransefortrinn i kampen om arbeidskraft.

Riktig kompetanse og dedikerte medarbeidere (holdninger og engasjement) er en viktig forutsetning for vellykket hverdagsrehabilitering. Dette er ett av de sentrale suksesskriteriene som vi drøfter i avsnittet nedenfor.

---

<sup>3</sup> Prosjektgruppen *Hverdagsrehabilitering i Norge* advarer derfor mot å se hverdagsrehabilitering primært som et innsparingstiltak – dette fører lett til målkonflikter (Ness N.E. m.fl. 2012). Etter prosjektgruppens oppfatning må utgangspunktet for innføring av hverdagsrehabilitering være å få til bedre tjenester som tar utgangspunkt i brukerens ønsker. Økonomiske effekter i form av besparelser kan en først regne med etter en pukkelfase som er knyttet til økt ressursinnsats til terapeuter og utvikling av rehabiliteringskompetansen i kommunen. Dette er i tråd med rapportene fra svenske og danske kommuner. Likevel tyder noen av de prosjektplanene som vi har sett fra norske kommuner på at innsparingspotensialet er et hovedargument for å satse på hverdagsrehabilitering. I en kommunalpolitisk hverdag som er preget av å saldere trange budsjetter, kan det bli vanskelig å forsvare en pukkeeffekt. Vi drøfter nedenfor at det derfor er særdeles viktig at hverdagsrehabilitering er forankret i kommunens politiske og administrative ledelse og at kommunene har redskaper som er i stand til å dokumentere resultatene av hverdagsrehabilitering – herunder innsparingseffektene.



### 3.2 Suksesskriterier for hverdagsrehabilitering

En gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon dokumenterer flere forutsetninger som må være innfridd for at hverdagsrehabilitering skal fungere etter hensikten. De fleste publikasjonene fremhever følgende suksesskriterier:

- **Forankring i politisk og administrativ ledelse:**

Hverdagsrehabilitering kan innebære at en bruker ikke får oppfylt sin søknad om hjelp til, men at brukeren i stedet får hjelp til å klare det selv.

Det vi ovenfor har kalt for hverdagsrehabiliteringens menneskesyn, vil av noen kunne oppfattes som negativt: Når jeg ikke klarer å vaske klærne selv, må jeg få noen til å gjøre det for meg. Kommunene må derfor regne med at enkelte brukere/pårørende som «blir utsatt for» hverdagsrehabilitering reagerer negativt: De får ikke hjelp, men må jobbe selv.

For medarbeiderne betyr innføring av hverdagsrehabilitering en endring i tankesett og arbeidsform som mange kan oppleve som strevsom.

Dette betyr at politisk og administrativ ledelse må være tydelig på at det kommunale hjelpeapparatet skal jobbe for å forbedre og vedlikeholde brukernes funksjonsevne. Dette må kommuniseres og følges opp både i forhold til brukere, pårørende og ansatte. Dessuten er det viktig med politisk vilje til å avsette ressurser til hverdagsrehabilitering. Selv om siktemålet er å spare ressurser på sikt, vil det kunne være behov for en pukkel, dvs. ekstra ressurser ved oppstart: Det tar mer tid å jobbe med hendene på ryggen. (Kjellberg P.K. m.fl. 2011, Sosialstyrelsen 2007, Sosialstyrelsen 2010).

- **Tverrfaglighet:**

Motiverte medarbeidere og møteplasser for medarbeiderne som er involvert i arbeidet overfor den enkelte brukeren, er viktige forutsetninger for å sikre tverrfaglig praksis. Det er viktig at faggrupper som vektlegger brukernes mestringsevne fremfor passiv hjelp, kommer tidlig inn i kontakten med brukerne (Ness N.E. 2012). Samtidig er det viktig at alle medarbeidere som er involvert i hverdagsrehabilitering definerer seg selv som rehabiliteringspersonell (Zingmark M. 2013) og utvikler en rehabiliterende arbeidsmåte (Sosialstyrelsen 2007).

Socialstyrelsen i Sverige beskriver i en rapport flere hindre for tverrfaglighet (Sosialstyrelsen 2008):

- Økonomisk kortsiktighet: Tverrfaglig praksis er tidkrevende og binder ressurser i enheter som i utgangspunkt har sine egne oppgaver. Det må settes av tid til tverrfaglig samhandling (jf. også Vik K. 2012).
- Ulike yrkesgrupper har ulikt ståsted og definerer brukernes behov, muligheter og begrensninger på ulikt vis.
- Konkurransen mellom yrkesgrupper, statusforskjeller og manglende kunnskaper og respekt for hverandres kompetanse og roller.

- **Tilstrekkelig og riktig kompetanse:**

En ytterligere forutsetning for tverrfaglighet er at kommunene disponerer over kompetansen som skal inngå i rehabiliteringsarbeidet. Mange norske kommuner har begrensede ressurser innen ergo- og fysioterapi.

Utfordringen er å sette sammen rehabiliteringsteam som gir synergieffekter ved utnyttelse av bred og ulik kompetanse (Rambøll, 2012).

Det betyr at kompetansen må sikres både ved rekruttering og gjennom kompetanseutvikling av ansatte som skal inngå i rehabiliteringsarbeidet.

Hverdagsrehabilitering innebærer en betydelig omstilling, spesielt for yrkesgrupper som tidligere har hatt en hjelperrolle – og som lett kan gå i en hjelpéfelle. En nødvendig kulturendring vil kunne møte motstand. (Ness N.E. 2012, Meld.St.29(2012-2013), Kjellberg P.K. m.fl. 2011)

- **Tydelighet på målgruppen for hverdagsrehabilitering:**

Erfaringer som er dokumentert bl.a. i Fredericia kommune, understreker at ikke alle brukere av hjemmetjenester har nytte av hverdagsrehabilitering. (Kjellberg P.K. m.fl. 2012). For å unngå å bruke mye ressurser i forsøket på rehabilitering overfor feil bruker, er det viktig at kommunene har en tydelig definisjon av hvem som er målgruppen for hverdagsrehabilitering (Socialstyrelsen 2007).

I oppfølgingen av dette er det videre viktig at aktuelle brukere utredes og kartlegges, og at hverdagsrehabilitering følges opp og avsluttes – enten når målene er nådd eller når det viser seg at målene ikke kan nås (Kjellberg P.K. m.fl. 2011).

- **Motivasjon og motivering av brukere og pårørende:**

Hverdagsrehabilitering skal ta utgangspunkt i brukernes ressurser og deres ønsker om hvilke funksjoner som skal gjenvinnes/styrkes (Laberg T. og N.E. Ness 2012).

Brukerens motivasjon til å arbeide for å gjenvinne/styrke funksjoner, er derfor sentral. Medarbeidere som er involvert i hverdagsrehabilitering må sikre at brukerne er motiverte i utgangspunkt og de må underveis i prosessen arbeide med å opprettholde brukernes motivasjon (Socialstyrelsen 2007). Også pårørende er viktig: Mange pårørende har forventninger om hjelp til, og i utgangspunkt lite forståelse for at deres pårørende «kun» får støtte til trening (Vik K. 2012).

I mange tilfeller oppleves det å bo hjemme som utrygt – både for brukeren selv og for pårørende. Det å skape trygghet er viktig for å sikre motivasjon for hverdagsrehabilitering (Vik K. 2012, Rambøll 2012). Også god tid sammen med brukeren og kontinuitet i personalgruppen fremheves som viktig for å skape trygghet og motivasjon (Vik K. 2011 og 2012).

- **Måltrettet innsats og oppfølging/evaluering:**

Avgjørende for vellykkede resultater av hverdagsrehabilitering er at:

- Rehabiliteringsprosessen overfor den enkelte brukeren tar utgangspunkt i klare mål,
- Målene følges opp og prosessen evalueres kontinuerlig,
- Innsatsen tilpasses løpende til brukeren funksjonsnivå/mestringsevne, og avsluttes.

For å sikre dette, kreves det verktøy og redskaper for kartlegging og registrering av behov/rehabiliteringspotensial og -ønsker, registrering av ressursinnsats og resultater. (Kjellberg P.K. m.fl. 2011)

## 4 Modeller for hverdagsrehabilitering

### 4.1 Inspirasjonskildene – Østersund og Fredericia

De fleste norske kommunene som har innført hverdagsrehabilitering, viser til erfaringer og modeller som er utviklet i Sverige og Danmark. Østersund og Fredericia er to av foregangskommunene som mange har hentet inspirasjon fra:

**Østersund** kommune i Sverige etablerte *hemrehabilitering* i 1999/2000. Hemrehabilitering skal være et kostnadseffektivt alternativ til rehabilitering på sykehus eller rehabiliteringsopphold på sykehjem. En forutsetning for innføring av modellen i Østersund var en betydelig utvidelse av antall ergo- og fysioterapiårsverk i kommunen (Månsson M. 2002).

Hemrehabilitering i Østersund er kjennetegnet av (NOU 2011:11, Månsson M. 2007):

- Felles tankesett og rehabiliterende arbeidsform for alle yrkesgrupper som er involvert: Rehabiliteringsprosessen skal være preget av tidlig og tverrfaglig innsats som utføres fra grupper med ulik fagbakgrunn og med vekt på å støtte, fremfor å hjelpe brukeren.
- Felles verdigrunnlag som tar utgangspunkt i brukernes behov og ressurser, brukernes ønsker og som legger vekt på brukernes delaktighet i prosessen.

Månsson (2007) beskriver at hemrehabilitering omfatter ulike tiltak:

Rehabiliteringskompetansen (ergo- og fysioterapeuter) i kommunen brukes som veiledere overfor hjemmetjenesten i kommunen. *Vardagsrehabiliteringen*, altså å støtte brukerne til å mestre aktiviteter i hverdagen, utføres av den ordinære hjemmetjenesten.

Hemrehabilitering omfatter også *specifik rehabilitering*, dvs. tidsavgrenset og målrettet innsats fra ergoterapeuter og fysioterapeuter ift. diagnoser og skader som trenger mer spesialisert kunnskap enn det som kan ivaretas innen vardagsrehabilitering.

**Fredericia** kommune i Danmark igangsatte sitt prosjekt med hverdagsrehabilitering (*Længst Muligt i Eget Liv - LMEL*) i 2008. Fredericia kommune legger vekt på forebygging og tidlig intervensjon overfor brukere med gradvis eller plutselig funksjonssvikt.

*Hverdagsrehabilitering* innebærer at innbyggere som søker om hjemmetjenester for første gang, blir møtt av et tverrfaglig team, med fysio- og ergoterapeuter og/eller sykepleiere. Teamet kartlegger søkerens behov og ressurser. Hverdagsrehabiliteringen utføres av hjemmehjelpere som har fått opplæring som hjemmetrenerne og som er knyttet til det tverrfaglige teamet. Etter en forsøksperiode ble hverdagsrehabilitering overført til ordinær drift ved etablering av tverrfaglige team i alle distriktene fra årsskiftet 2009/2010.

En sentral forutsetning for Fredericia-modellen er at hverdagsrehabilitering må kunne gå tungt inn i en avgrenset periode: Hjemmetrenerne må ha god tid til å støtte brukeren med sikte på mestring og selvstendighet. Innsatsen evalueres løpende og trappes ned, etter hvert

som brukeren klarer å utføre de aktivitetene som er målet for rehabiliteringsprosessen (jf. <http://www.fredericia.dk> ).

I 2010 startet Fredericia et nytt prosjekt – *Trænende Hjemmehjælp*. Siktemålet med dette prosjektet var å implementere hverdagsrehabilitering i de ordinære hjemmetjenestene. Etter en pilotfase, ble Trænende Hjemmehjælp etablert i alle kommunale pleie- og omsorgsdistrikter ved årsskiftet 2010/2011. Tilbudet retter seg mot eksisterende brukere av hjemmetjenester og tar sikte på bevisst arbeid for å bevare og utvikle funksjonsevnen og mestring. Det foretas en revurdering av tildelte tjenester med sikte på å avklare rehabiliteringspotensiale og brukerens motivasjon. Pleiepersonalet får bistand fra et tverrfaglig team til å utarbeide en Borgerens Plan som beskriver mål og tiltak. Medarbeiderne får også veiledning fra teamet i det daglige arbeidet. Trænende hjemmehjælp tildeles som en egen tjeneste, som et alternativ til hverdagsrehabilitering eller de tradisjonelle servicetjenestene. I en avgrenset periode får pleiepersonalet ekstra tid for å gjennomføre tiltakene og oppnå målene i Borgerens Plan. (Kjellberg P.K. m.fl. 2011).

Fredericia-modellen har i mange sammenhenger nærmest blitt synonymt med hverdagsrehabilitering. Dette skyldes ikke minst at arbeidet i Fredericia har blitt løpende fulgt og dokumentert av forskere etter avtale med Dansk Sundhetsinstitut (jf. bl.a. Kjellberg P.K. m.fl. 2013, Kjellberg P.K. m.fl. 2011, Kjellberg J. og R. Ibsen 2010). Fredericia mottok i 2010 den danske innovasjonsprisen for sin omlegging av pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg til hverdagsrehabilitering innebærer det faste hjemmebesøk hos innbyggere som er utskrevet fra sykehus, bruk av velferdsteknologi og informasjon til innbyggerne (NOU 2011:11).

## **4.2 Hva skiller modellene fra hverandre?**

Som kommentert tidligere: Hverdagsrehabilitering har noen sentrale formål og kjennetegn – men hva man kaller det og hvordan man organiserer det, varierer mellom kommunene.

I avsnittene nedenfor beskriver vi noen forskjeller som vi finner i litteraturen. I tråd med vårt mandat fokuserer vi på spørsmål rundt ledelse/styring, kompetanse og økonomi.

Samtidig som vi drøfter forskjeller mellom ulike modeller og tilnærminger, velger vi også å vise til dilemmaer som hverdagsrehabilitering kan representere.

### **4.2.1 Organisatorisk status og forankring**

I mange kommuner organiseres hverdagsrehabilitering som et prosjekt, med en flerfaglig gruppe medarbeidere som er avsatt til prosjektet. Siktemålet er å utprøve den tverrfaglige arbeidsformen som hverdagsrehabilitering innebærer – med en intensjon om å gjøre hverdagsrehabilitering til en fast ordning etter utprøvings-/utviklingsfasen i prosjektet. En slik tilnærming kan sikre at motiverte medarbeidere knyttes til prosjektet og den kan bidra til en gradvis utvidelse og innfasing. Sosialstyrelsen (2007) finner i en gjennomgang av evalueringsrapporter i Sverige imidlertid at det også kan være ulemper knyttet til prosjektorganiseringen: Medarbeidere i prosjektet kan oppleve eller kan oppleves å arbeide under privilegerte arbeidsforhold, med ekstra ressurser. Det kan skape usikkerhet hvorvidt det vil være mulig å finansiere en full implementering av hverdagsrehabilitering.

I litteraturen finner vi ulike løsninger når det gjelder organisatorisk forankring av hverdagsrehabilitering: Noen kommuner velger å knytte hverdagsrehabilitering til hjemmetjenesten, mens andre velger å knytte ordningen til rehabiliterings-/helsetjenestene.

#### **4.2.2 Organisering av hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering forutsetter en tverrfaglig innsats: Ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og andre medarbeidere innen pleie- og omsorgstjenester må samordne sin innsats og arbeide ut fra felles mål for den enkelte brukeren.

Uavhengig av om hverdagsrehabilitering starter som et prosjekt eller integreres fra begynnelsen av i det ordinære tjenesteapparatet, viser foreliggende dokumentasjon prinsipielt to ulike modeller for organisering:

- Rehabiliteringsteam med et fullstendig ansvar:  
Bl.a. Fredericia kommune har etablert egne, flerfaglige team, som har ansvar for utredning, planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsprosessen. Rundt hver bruker settes sammen et team med en ergoterapeut/fysioterapeut, eventuelt sykepleier, og to hjemmetrenere.
- Rehabiliteringsteam som motor for hverdagsrehabilitering:  
I andre kommuner har rehabiliteringsteamene ansvar for utredning, planlegging og oppfølging av rehabiliteringsprosessen. Arbeidet med og overfor brukeren utføres av ansatte i de ordinære kommunale tjenestene under veiledning og oppfølging av rehabiliteringsteamet.

Bl.a. et innlegg fra tidligere pleie- og omsorgsleder i Voss, Solrun Hauglum, illustrerer et tankekors (Hauglum S. 2012):

I utgangspunkt tilsier flere argumenter at det ville være fordelaktig å organisere hverdagsrehabilitering med utgangspunkt i egne team som har et fullstendig ansvar for brukerne:

For det første ville det sikre at medarbeidere som arbeider med hverdagsrehabilitering blir skjermet fra tette arbeidslister i de ordinære hjemmetjenestene. Det betyr at de får anledning til å konsentrere seg om og ha tilstrekkelig innsats overfor brukere som får hverdagsrehabilitering. Flere påpeker imidlertid at en slik modell kan oppleves som en luksusvariant som privilegerer noen ansatte og brukere (jf. bl.a. Kjellberg P.K. m.fl. 2011, Sosialstyrelsen 2007, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – Vestfold 2012).

For det annet ville en slik modell gjøre det lettere å forankre tverrfaglighet med nær kontakt mellom medarbeiderne i teamet. For det tredje kunne teamene settes sammen av motiverte medarbeidere som er opptatt av rehabilitering. Dette ville bl.a. også bidra til å unngå hjelpfellen (at medarbeiderne faller tilbake til gammel arbeidsform med å gjøre for, fremfor å støtte brukeren slik at vedkommende klarer aktiviteter selv).

De fleste norske kommuner er imidlertid mindre og dekker et større geografisk område enn kommunene i Danmark og Sverige. Dette kan gjøre det vanskelig å løse medarbeidere ut av de ordinære hjemmetjenestene og knytte de utelukkende til hverdagsrehabilitering.

Implementering av en rehabiliterende arbeidsform i hele hjemmetjenesten krever en stor kulturendring. Denne kan møte motstand i tjenestene. Noen vil hevde av hjemmetjenesten

alltid har hatt fokus på hjelp til selvhjelp, selv om praksis ikke er rehabiliterende. Andre vil ha problemer med å avslutte tjenester når brukere er blitt selvhjulpne – det oppleves som at brukeren fratras en rettighet. (Kjellberg P.K. m.fl. 2011).

### 4.2.3 Kompetanse

Som kommentert ovenfor er tilstrekkelig og riktig kompetanse en viktig forutsetning for hverdagsrehabilitering.

Rapporten *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (Ness m.fl., 2012) kommenterer at norske kommuner gjennomgående har lavere dekning med ergoterapeuter og fysioterapeuter enn svenske og danske kommuner. Rapporten viser til faren for at øremerking av terapeuter til hverdagsrehabilitering, kan gå ut over rehabiliteringsarbeidet overfor andre målgrupper.

Hverdagsrehabilitering er avhengig av ergo- og fysioterapeutkompetanse. Like viktig er det imidlertid at medarbeidere i hjemmetjenesten som deltar i hverdagsrehabilitering, er innstilt på og har kompetanse til å jobbe rehabiliterende.

Som beskrevet tidligere, innebærer hverdagsrehabilitering en holdningsendring i pleie- og omsorgstjenestenes arbeidsmåte: En overgang fra ensidig vektlegging av rollen som hjelper til en styrking av rollen som tilrettelegger og støtte.

Endring av holdninger forutsetter at medarbeiderne har kompetansen som er nødvendig for å sikre at intensjoner realiseres i praksis. Programmer for kompetanseutvikling i hjemmetjenesten er således viktige.

### 4.2.4 Målgrupper for hverdagsrehabilitering

Kommunene som har innført hverdagsrehabilitering skiller seg også med hensyn til hvilke brukergrupper som får tilbud om hverdagsrehabilitering. I dokumentasjonen har vi funnet følgende avgrensninger av målgruppen for hverdagsrehabilitering:

- Pasienter som blir utskrevet fra sykehus:  
Rehabiliteringsteamet kartlegger potensial og behov for rehabilitering før utskrivningen og setter i verk de aktuelle tiltakene umiddelbart ved hjemkomst.  
Det finnes også eksempler på kommuner som avgrenser målgruppen etter diagnose (f.eks. Bømlo kommune som har fokusert på pasienter med lettere hjerneslag og som kan komme tilbake til egen bolig etter sykehusoppholdet, jf. Rambøll 2012).
- Brukere som har vært på rehabiliteringsopphold, enten i en rehabiliteringsinstitusjon eller korttidsopphold på sykehjem.
- Personer som søker om hjemmetjenester for første gang og eksisterende brukere som søker om utvidet hjelp som følge av forverret funksjonsnivå:  
Dette innebærer at tildelingsenheten/bestillerkontoret vurderer alle nye søkere og de som søker om utvidet hjelp ift. potensial og motivasjon for hverdagsrehabilitering.
- Oppmerksomhet på rehabiliteringspotensial overfor alle brukere av hjemmetjenestene (jf. f.eks. *Trænende Hjemmehjelp* i Fredericia):  
Det betyr at hjemmetjenestens medarbeidere må læres opp til å se rehabiliteringspotensialet hos alle brukere. Hjemmetjenesten må motivere brukere med et slikt potensial

til aktivitet/mestring og tjenesten må ha tilgang til kompetanse som kan bidra til å sette i gang egnede tiltak.

Like viktig som å definere målgruppen, er det å definere brukere som ikke skal få tilbud om hverdagsrehabilitering. Viktige eksklusjonskriterier er i de fleste kommunene:

- Brukere som ikke har et rehabiliteringspotensiale (langtkomne syke/terminalpasienter)
- Brukere med mental eller kognitiv svikt (demens)
- Brukere som ikke er motiverte/ikke kan motiveres

En tydelig beskrivelse av målgruppen – og ikke minst en enighet om hvilke brukere som hverdagsrehabilitering ikke er egnet for – har betydning for organisering og kravene til kompetanse og ledelse av hverdagsrehabilitering: Jo bredere målgruppen defineres, desto større krav stilles til ledelse og oppfølging av innsatsen i hverdagsrehabiliteringen.

## 5 Hva er effektene av hverdagsrehabilitering?

Effektene/resultatene av hverdagsrehabilitering må vurderes i forhold til målene og intensjonene med hverdagsrehabilitering, jf. kapittel 3.1 ovenfor. Vi må altså spørre:

- Har brukerne fått økt funksjonsevne og mestring?
- Bidrar hverdagsrehabilitering til lavere kommunal ressursinnsats?
- Øker medarbeidernes jobbtilfredshet?

Spesielt i Sverige og Danmark finnes det mange evalueringsrapporter og dokumentasjon på resultater av hverdagsrehabilitering:

En publikasjon fra den svenske Socialstyrelsen (2007) skiller mellom (objektivt) målbare og ikke-målbare resultater. Den baserer seg på en gjennomgang av en rekke rapporter fra prosjekter og tiltak i enkeltkommuner og oppsummerer at det dokumenteres effekter ift. kommunenes kostnader (innsparinger) og en bedring i brukernes ADL-funksjoner, aktivitet, motorikk, balanse og kondisjon. Rapporten påpeker imidlertid at det ikke finnes felles metoder for å måle og følge opp resultatene av hverdagsrehabilitering.

I tillegg til de objektivt målbare resultatene fremhever Socialstyrelsen at mange rapporter dokumenterer økt opplevelse av trygghet og livskvalitet blant brukerne som har fått hverdagsrehabilitering.

I Danmark er spesielt modellene i Fredericia og Odense godt undersøkt og dokumentert:

Fredericia kommune har oppsummert at en tredel av alle nye søkere om hjemmehjelp er i målgruppen for hverdagsrehabilitering. Av de som ble gitt tilbud om hverdagsrehabilitering har:

- 45 prosent avsluttet rehabiliteringsperioden uten videre hjelp
- 40 prosent avsluttet rehabiliteringsperioden med mindre hjelp enn det de ville fått opprinnelig
- 15 prosent avsluttet rehabiliteringsperioden med samme hjelpeomfang som de ville fått opprinnelig (Kjellberg P.K. 2011).



En økonomisk evaluering av LMEL i Fredericia (Kjellberg J. og R. Ibsen 2010) dokumenterer en betydelig reduksjon i antall besøk og antall timer i hjemmesykepleien, etter innføring av hverdagsrehabilitering. Gevinsten er større enn rehabiliteringsinnsatsen. Samlet anslås det en besparelse på 14 prosent i hjemmetjenestene, samtidig som det vises en dreining av innsatsen: LMEL lykkes i å «vende de borgere i døren, der ikke har så stort behov», og at hjemmetjenestens ressurser i større grad konsentreres rundt brukere med store behov.

*Trænende Hjemmehjælp* i Fredericia er evaluert i 2013 (Kjellberg P.K. m.fl. 2013). Evalueringen satte søkelys på både organisering og økonomien i tiltaket. Den viser at 17,7 prosent av brukerne som fikk tiltaket, ble selvhjulpne. Resten fortsatte med å få ordinære hjemmetjenester. Evalueringen konkluderer med:

- Trænende Hjemmehjælp har ført til at brukerne i større grad møtes med en rehabiliterende holdning. Det har vist seg at den rehabiliterende innsatsen som oftest kan utøves innenfor ordinær vedtaksramme, uten ekstra tid.
- Det at brukerne får en individuell rehabiliteringsplan (Borgerens Plan) og at brukerne får regelmessig besøk av en rehabiliteringsansvarlig fagperson som kan justere rutiner og tiltak, er en viktig suksessfaktor.
- Investeringen i prosjektet (med etablering av tverrfaglige team) ble tjent inn allerede i det første året. Innsparingspotensial er først og fremst knyttet til eldre brukere (67 år+), mens ressursinnsatsen overfor brukere under 67 år ble økt.
- Medarbeiderne i Trænende Hjemmehjælp er flinke til å tilrettelegge innsatsen med utgangspunkt i brukerens nettverk. Likevel påpekes det at det er ytterligere potensial ved bedre systemer og rutiner for å involvere pårørende.
- Evalueringen konstaterer at Trænende Hjemmehjælp kan gi gode pasientforløp. Men det er både begeistring og motstand – fra både brukere og medarbeidere. God kvalitet er avhengig av at medarbeiderne har faglig og personlig overskudd. Det vises til eksempler der medarbeidere i hjemmetjenesten, er negative til innspill og veiledning fra det tverrfaglige teamet. Ulik kompetanse og faglig status kan føre til at innspill forstås som «utidig innblanding i noe som vi alltid har holdt på med».

Dansk Sundhetsinstitutt (Kjellberg J. og R. Ibsen 2012) har også foretatt en økonomievaluering av *Træning som Hjælp* i Odense kommune. Hverdagsrehabiliteringen i Odense er kjennetegnet av at det gjennomføres et tverrfaglig møte i hjemmet til nye brukere, der brukeren beskriver sine ønsker og teamet hjelper til med å lage en rehabiliteringsplan. Brukere med rehabiliteringspotensial innvilges da støtte til en rehabiliteringsprosess på inntil 8 uker. Evalueringen konkluderer med at antall hjelpetimer til brukere over 66 år, er redusert med 10 prosent og for brukere under 67 år med 5 prosent etter at Træning som Hjælp er innført.

I Norge gjennomførte *Rambøll* (2012) en undersøkelse av rehabilitering i pasientens hjem/vante miljø. Selv om Rambølls undersøkelse var begrenset til noen få foregangskommuner, er det oppsiktsvekkende at ingen av kommunene som deltok i prosjektet hadde utviklet systemer for å dokumentere effektene av hverdagsrehabilitering. Dette gjaldt både resultater for brukernes funksjons-/mestringsevne og for kommunens ressursbruk.

## Del II Hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene

I prosjektet har vi hatt kontakt med 18 kommuner og to bydeler i Oslo som har startet med eller har planer om innføring av hverdagsrehabilitering.

Vi besøkte 8 kommuner/bydeler etter at vi hadde gått gjennom tilgjengelig skriftlig dokumentasjon om hverdagsrehabilitering i kommunen/bydelen. Under disse besøkene hadde vi samtaler/intervjuer med politiske og administrative ledere, prosjektledere og medarbeidere (teamene) som deltar i hverdagsrehabilitering. Etter besøkene laget vi et oppsummerende notat som vi sendte til kommunene/bydelene.

Fra de øvrige 12 kommunene innhentet vi skriftlig dokumentasjon gjennom søk på kommunenes hjemmesider og en direkte henvendelse til kommunene. Denne dokumentasjonen oppsummerte vi i et notat som vi sendte til kontaktpersonene i kommunene. I noen tilfeller fulgte vi dette opp med telefonsamtaler for å utdype og presisere punkter i vår oppsummering.

Alle 20 kommuner/bydeler har gitt tilbakemeldinger og bekreftet vår oppsummering. Oppsummeringsnotatene som er vedlagt denne delrapporten gjenspeiler situasjonen/status for hverdagsrehabilitering i oktober/november 2013.

I kapitlene nedenfor tar vi utgangspunkt i disse oppsummeringsnotatene.

### **Merk:**

- Notatene i vedlegget er en ren faktabeskrivelse. I kapitlene nedenfor vil vi i tillegg til disse beskrivelsene vurdere og drøfte problemstillinger som står for vår regning og som ikke nødvendigvis er bekreftet av utvalgskommunene. Mange av disse problemstillinger og dilemmaer har vi imidlertid drøftet i våre besøk og intervjuer.
- Vi har rimeligvis fått med oss flere detaljer om hverdagsrehabilitering i de 8 kommunene som vi har hatt en dag med intervjuer i, enn i de 12 kommunene som vi bare har hatt skriftlig/telefonisk kontakt med. Det preger hvor mye vi viser til enkeltkommuner i kapitlene nedenfor. Dette representerer ingen prioritering. Vi skulle gjerne hatt nærmere kontakt med flere av de øvrige kommunene.

## 6 Utvalgskommunenes tilnærming til hverdagsrehabilitering

### 6.1 Oversikt over utvalgskommunene og deres status ift. innføring av hverdagsrehabilitering

Tabellen nedenfor gir en oversikt over utvalgskommunene, størrelse og status mht. innføring av hverdagsrehabilitering.

De første 8 kommunene besøkte vi og hadde dybdeintervjuer med, de siste 12 kommunene har vi hatt skriftlig og til dels telefonisk kontakt med.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Rekkefølgen innen de to gruppene representerer ingen prioritering fra vår side, den følger kommunenumrene.

<b>Kommunennummer/ Kommune</b>	<b>Antall innbyggere</b>	<b>Status mht. innføring av hverdagsrehabilitering</b>
030101 - <b>Bydel Gamle Oslo</b>	46.290	I 2012 etablerte bydelen et tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT). Sommeren 2013 endret bydelen tilnærmingen til hverdagsrehabilitering: Satsningen på <i>Aktiv Deltaker i Eget Liv</i> (ADEL) innebærer at TRT har ansvar for utredning og planlegging av hverdagsrehabilitering og at hele hjemmetjenesten involveres i rehabiliteringsarbeidet.
030104 - <b>Bydel St. Hanshaugen</b>	35.952	Hverdagsrehabilitering er organisert som et eget team under Rehabiliteringsenheten. Etter først å ha vært et pilotprosjekt, er hverdagsrehabilitering fra mai 2013 i fast drift som en ordinær tjeneste i bydelen.
0819 - <b>Nome</b>	6.625	Kommunen startet med tilbud om hverdagsrehabilitering 1.september 2013 etter en planleggingsperiode. Tilbudet er definert som en ordinær tjeneste (ikke prosjekt).
0906 - <b>Arendal</b>	43.336	Tverrfaglig innsatsteam for hverdagsrehabilitering ble etablert i januar 2013.
1001 - <b>Kristiansand</b>	84.476	Hverdagsrehabilitering er knyttet til et motorteam som er organisert i hjemmetjenesten. Fra september 2013 dekker teamet to soner i hjemmetjenesten.
1103 - <b>Stavanger</b>	129.191	Hverdagsrehabilitering startet opp i Madla som et pilotprosjekt fra november 2012 til mai 2013. Fra oktober 2013 tilbys hverdagsrehabilitering også til brukere på Tjensvoll.
1445 - <b>Gloppen</b>	5.676	Etter en planleggingsfase ble det etablert et prosjekt med et tverrfaglig team som startet i april 2013. Prosjektet vil gå frem til 15.08.2015.
1804 - <b>Bodø</b>	49.203	Hverdagsrehabilitering startet som et pilotprosjekt i mars 2012. I starten dekket pilotprosjektet en sone i hjemmetjenesten. Fra mai 2013 gis tilbud om hverdagsrehabilitering til aktuelle brukere i tre soner. For 2014 planlegges en ytterligere utvidelse.

<b>Kommunennummer/ Kommune</b>	<b>Antall innbyggere</b>	<b>Status mht. innføring av hverdagsrehabilitering</b>
0235 - <b>Ullensaker</b>	31.743	Ullensaker samarbeidet med kommunene på Øvre Romerike om å etablere hverdagsrehabilitering. Kommunen etablerte et pilotprosjekt som startet i september 2013.
0237 - <b>Eidsvoll</b>	22.142	Eidsvoll deltar i samarbeidet med de andre kommunene på Øvre Romerike. Kommunen har hatt et lite pilotprosjekt i 2013 og satser på en ny start for prosjektet i 2014.
0417 - <b>Stange</b>	19.407	I 2012 etablerte kommunen et rehabiliteringsprosjekt – <i>START</i> – som kombinerer hjemmerehabilitering og dagrehabilitering utenfor hjemmet i en leilighet i et bofellesskap. <i>StART</i> er fra 2013 en del av kommunens ordinære drift.
0428 - <b>Trysil</b>	6.689	Hverdagsrehabilitering er knyttet til hjemmetjenesten, med nært samarbeid med ergo- og fysioterapitjenesten. Trinnvis innføring fra juni 2013 til februar 2014. Fra dette tidspunktet tas det sikte på å innføre hverdagsrehabilitering i begge avdelinger i hjemmetjenesten.
0701 - <b>Horten</b>	26.595	Hverdagsrehabilitering startet i februar 2013 i en sone og etter hvert i to hjemmesykepleiesoner. Etter en foreløpig evaluering i august/september 2013 ble tilbudet utvidet til å gjelde alle de fem sonene i kommunen.
0706 - <b>Sandefjord</b>	44.620	Tverrfaglig rehabiliteringsteam i tre utvalgte hjemmetjenesteavdelinger fra 1. mars 2013. Pilotprosjektet har en tidsramme på to år.
0722 - <b>Nøtterøy</b>	21.100	Nøtterøy kommune har etablert hjemmerehabilitering som en standard for rehabilitering i kommunen fra mars 2013.
1017 - <b>Songdalen</b>	6.285	Planlegging for å få implementert hverdagsrehabilitering som ny tjeneste startet i januar 2013. Tjenesten startet opp i september 2013.
1235 - <b>Voss</b>	14.061	Voss etablerte hverdagsrehabilitering som et prosjekt i mai 2012. Prosjektet skal avsluttes våren 2014 og kommunen planlegger å innføre hverdagsrehabilitering som fast tjeneste.
1644 - <b>Holtålen</b>	2.030	Hverdagsrehabilitering er knyttet til et rehabiliteringsteam som samarbeider med hjemmetjenesten. Prosjektet går ut 2013. Det forutsettes at hverdagsrehabilitering deretter blir en fast arbeidsform og tjeneste.
1663 - <b>Malvik</b>	13.085	Et tverrfaglig team er etablert og planlegger oppstart av hverdagsrehabilitering i januar 2014. Prosjektet vil vare frem til 31. desember 2014.
1721 - <b>Verdal</b>	14.539	Det ble opprettet et tverrfaglig team <i>Aktiv i eget liv</i> med første bruker juni 2013. Teamet er nå satt i vanlig drift og det vurderes å utvide tilbudet i 2014.

Oversiktene ovenfor illustrerer at de 20 kommunene som vi har hatt kontakt med, har kommet ulikt langt når det gjelder å innføre/etablere hverdagsrehabilitering – enten gjennom et prosjekt eller gjennom en satsning som er del av kommunens ordinære tjenesteyting.

## 6.2 Organisering av og ressurser knyttet til hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene

Nedenfor beskriver vi hvordan kommunene organiserer og hvilke ressurser som de knytter til hverdagsrehabilitering. I avslutningen av dette kapitlet forsøker vi å beskrive kommunenes ulike valg i en samlet oversikt.

### 6.2.1 Tilnærming til hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene

#### **Bydel Gamle Oslo**

Bydel Gamle Oslo etablerte i 2012 et tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT) som hadde ansvar for hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering. I 2013 valgte bydelen å endre modellen for hverdagsrehabilitering.

Vi har forstått at flere grunner ligger bak denne endringen:

- En evaluering av TRT viste at effektene er kortvarige, dersom ikke hjemmetjenesten følger opp og har fokus på hverdagsmestring.
- Bydelen manglet finansiering for å opprettholde satsningen på TRT. Vedtaksmengden i hjemmetjenesten innebar at det ikke kunne overføres midler derfra for å dekke den opprinnelige bemanningen i tverrfaglig rehabiliteringsteam.
- Bydelen har også få ressurser innen ergo- og fysioterapi. En omorganisering av disse ressursene for å videreføre en satsning på TRT, ble ikke anbefalt.
- Bydelen konstaterte et uheldig konkurranseforhold mellom TRT og hjemmetjenesten.

Bydelen understreker at TRT hadde gode resultater for mange brukere på tross av disse problemene.

Gjennom satsning på *Aktiv Deltaker i Eget Liv* (ADEL) skal hele hjemmetjenesten yte tjenester etter prinsippene om hverdagsrehabilitering. TRT har ansvar for utredning og planlegging av hverdagsrehabilitering for ADEL-brukere, i tillegg til at teamet har ansvar for individuell trening og større tilretteleggingsoppgaver overfor brukere som ikke har ADEL-vedtak.

TRT består av 1 ergoterapeut, 2 fysioterapeuter, 1 hjelpepleier og 1 omsorgsarbeider.

For å understreke satsningen i hjemmetjenesten, fikk hjemmehjelperne i mai 2013 forandret sin stillingsbetegnelse til hjemmetrener. Bydelen foretok en gradvis utrulling med oppstart og opplæring i både praktisk bistand og hjemmesykepleien i mai/juni 2013.

Bydel Gamle Oslos ADEL-modell er krevende. Det stiller krav til holdnings- og kulturendring i alle berørte tjenester. Samtidig gir det imidlertid et potensial for større effekt, i og med at mestringstenkningen skal prege tjenestene overfor alle brukere av hjemmetjenesten, ikke bare noen «utvalgte».

Samarbeidsmøtene mellom TRT, hjemmesykepleien og praktisk bistand er sentrale for å holde fokus på hverdagsrehabilitering. På disse møtene drøftes og evalueres brukernes utvikling og mål/tiltak justeres ved behov.

Vi har også forstått at fordelene i hjemmetjenesten prøver å samle ADEL-vedtak på færrest mulig arbeidslister. Dette reduserer faren for at tidkrevende ADEL-prosedyrer prioriteres ned til fordel for ordinære pleieoppdrag. Videre gir det mulighet for at ADEL-brukerne får færrest mulig hjelpere og hjelpere som er motivert for å arbeide ut fra en mestringstankegang. Kontinuitet og lik utførelse av hverdagstreningen er viktig for at brukerne kan føle seg trygge. I Bydel Gamle Oslo skal presise og tydelige prosedyrer på hjemmetjenestens arbeidslister, sikre dette.

#### **Bydel St. Hanshaugen**

Bydelen har både et Akutteam som har ansvar for å følge opp pasienter som er utskrevet fra sykehus og et Hverdagsrehabiliteringsteam. De to teamene utgjør en førstelinje som møter nye brukere av pleie- og omsorgstjenester – med et felles mål: Hverdagsmestring.

Hverdagsrehabilitering er organisert i et eget team under Rehabiliteringsenheten i Velferds- og helseavdelingen. Etter en pilotfase er hverdagsrehabilitering satt i ordinær drift i mai 2013. Hjemmetrenerne som er knyttet til teamet, er ansatt i hjemmetjenesten.

Teamet har ansvar for hele prosessen fra henvisning til avslutning, men arbeider bare på dagtid i ukedagene. Det har tett samarbeid med akutteamet og bestillerkontoret for å koordinere innsatsen overfor nye brukere.

Ergoterapeutene og fysioterapeuten er på første og siste besøk hos brukerne og ofte underveis i prosessen for å følge opp og gi opplæring/veiledning til hjemmetrenerne. Terapeutene setter opp en treningsplan basert på brukerens mål. I denne planen beskrives tiltak og prosedyrer, slik at de er tilgjengelig for hjemmetrenerne som er avsatt til hverdagsrehabilitering to dager i uken og for øvrige ansatte i hjemmetjenesten som yter tjenester til de aktuelle brukere.

Hverdagsrehabiliteringsteamet har følgende bemanning: 200% ergoterapeuter, 100% fysioterapeut og 160% hjemmetrenerne (delt på fire medarbeidere). I tillegg er en saksbehandler ved bestillerkontoret øremerket hverdagsrehabilitering i en 60% stilling.

### **Nome**

Kommunen har etablert hverdagsrehabilitering med et tverrfaglig team som består av ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrenerne, samt kontaktsykepleiere som skal kunne involveres ved behov. Terapeutene er organisert i fysio- og ergoterapitjenesten, mens hjemmetrenerne er organisert i hjemmetjenesten.

Modellen i Nome innebærer at terapeutene er mye ute hos brukerne. De driver således ikke bare med veiledning i forhold til hjemmetrenerne. Hjemmetrenerne tas ut av de ordinære kjørelistene etter behov. De skal arbeide med hverdagsrehabilitering i 25% av tiden. Hjemmetrenerne har fått faste tidspunkter hvor de skal arbeide med hverdagsrehabilitering hver uke, fordi det var problematisk når hverdagsrehabilitering og vanlige oppdrag gikk om hverandre på en vakt.

Nome har få andre rehabiliteringstilbud til sine innbyggere. Dette kan innebære at hverdagsrehabilitering i kommunen, har en annen målgruppe enn kommuner som har et bredere spekter av rehabiliteringstjenester (tilgang til rehabilitering i 2. linje, rehabiliteringsavdelinger i kommunen og kommunale/privatpraktiserende terapeuter). Dette er en av problemstillingene som vi drøfter nærmere nedenfor. Mangelen på alternative rehabiliteringstilbud kan også forklare at terapeutene i det tverrfaglige teamet i større grad gjennomfører rehabiliteringsarbeidet med den enkelte brukeren.

Modellen i Nome forutsetter at hverdagsrehabilitering forankres i hjemmetjenesten: Parallelt med terapeutene og hjemmetrenerne i det tverrfaglige teamet, får mange brukere besøk fra medarbeidere i den ordinære hjemmetjenesten.

Det krever at alle medarbeidere i hjemmetjenesten følger opp forutsetningene om hverdagsmestring/hjemmetrening overfor sine brukere.

Nome har avsatt følgende ressurser til hverdagsrehabilitering: En ergoterapeut i 100% stilling, 60% stilling for fysioterapeut, 3 hjemmetrenerne med 25% hver knyttet til hverdagsrehabilitering og 2 kontaktsykepleiere ved behov.

### **Arendal**

Hverdagsrehabilitering i Arendal begynte som et begrenset prosjekt i hjemmesykepleien. Det viste seg å være vanskelig å forankre og sikre tilstrekkelig rom for hverdagsrehabilitering i den ordinære tjenesten. Arendal valgte derfor å etablere et tverrfaglig innsatsteam som har ansvar for hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er forankret i et bystyrevedtak fra 2012 som etablerte en ny struktur for omsorgssektoren. Intensjonen med den nye strukturen er å fokusere på og støtte mestring i befolkningen og mestringstenkning i tjenestene.

Innsatsteamet er en egen driftsenhet (ikke prosjekt) som består av 13,5 årsverk, med avdelingsleder, ergo-/fysioterapeuter, sykepleier, hjelpepleiere, vernepleier og sosionom. Teamet er finansiert gjennom intern omdisponering av ressurser. 10,5 årsverk er omdisponert fra hjemmesykepleien. Omdisponering ble foretatt samtidig som sektoren var nødt til å ta et budsjettkutt på 2,5%.

Teamet jobber dag og kveld alle dager (inkl. helg). Det har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen. Det betyr at det ikke ytes parallelle tjenester fra andre enheter. Avdelingslederen for teamet har også

ansvar for fysio- og ergoterapeutene i kommunen i Koordinerende enhet. Også tildelingsenheten (tjenestekontoret) er knyttet til denne enheten.

Den organisatoriske forankringen sikrer at teamet kan samarbeide tett med tjenestekontoret (tildelingsenhet). Teamet legger dessuten vekt på nær kontakt med hjemmesykepleien. Ressurspersoner i hjemmesykepleiesonene har fått opplæring for å sikre henvisning av aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering.

### **Kristiansand**

Kristiansand har en todelt målsetting for hverdagsrehabilitering:

- Hverdagsrehabilitering skal etableres som en ny tjeneste/et nytt tilbud.
- Gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring skal hverdagsmestring bli den grunnleggende ideologien i hjemmetjenesten.

Kristiansand hadde tidligere blandete erfaringer med en rehabiliteringsavdeling som jobbet avgrenset med spesifikk rehabilitering og lite kontakt med hjemmetjenesten.

Kristiansand etablerte derfor i september 2013 et tverrfaglig *motorteam* som er organisert i hjemmetjenesten. Motorteamet dekker foreløpig to soner i hjemmetjenesten, en av sonelederne er leder for motorteamet.

Medarbeiderne i hjemmetjenesten har ansvar for hjemmetreningen i henhold til rehabiliteringsplanen som motorteamet setter opp i samarbeid med den enkelte brukeren. Arbeidslistene beskriver hvordan aktivitetene skal gjennomføres for å sikre at brukeren støttes i treningsaktivitetene, uten at hjelperen overtar. Motorteamet følger opp og veileder medarbeidere i hjemmetjenesten som har brukere i hverdagsrehabilitering.

Kristiansand er klar over at modellen er krevende: Den krever en betydelig endring i kultur og arbeidsmåte i hjemmetjenesten. Det kan bli en utfordring å holde fokus på mestring, når hjemmetjenesten har få ressurser i forhold til vedtaksmengden.

Motorteamet består av 2 ergoterapeuter, 1 fysioterapeut og en sykepleier (75% stilling). I tillegg er to prosjektkoordinatører og en 60%-stilling i Enhet for bolig og tjenestetildeling (EBT) knyttet til prosjektet. Det er planer om nye stillinger til motorteamet i 2014. På sikt har Kristiansand kommune planer om å bruke innsparinger i hjemmetjenesten som følge av hverdagsrehabilitering for å styrke innsatsen ytterligere.

### **Stavanger**

Hverdagsrehabilitering i Stavanger er én av pilarene i kommunens satsning *Leve HELE LIVET*.

Hverdagsrehabilitering er organisert i et tverrfaglig team, satt sammen av medarbeidere som har sin tilknytning i hhv. fysio-/ergoterapitjenesten, hjemmesykepleien og hjemmehjelp. Teamet har hittil ikke hatt egen leder, men er knyttet til avdelingsleder for hjemmesykepleien på Madla.

Det gis intensiv trening til brukerne som får hverdagsrehabilitering i starten. Hverdagsrehabilitering gis av hjemmetrenere etter veiledning fra terapeutene og sykepleieren i teamet. Terapeutene deltar en del i hjemmetreningen for å følge med i brukerens utvikling og for å gi veiledning til hjemmetrenerne. Alle brukere har en hjemmetrener som har hovedansvaret for dem.

I piloprojektet ble bestillerkontoret for Madla og Tjensvoll styrket med en ergo- og en fysioterapeut. Hverdagsrehabiliteringsteamet bestod av et fagteam med en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sykepleier. I tillegg var fire hjemmetrenere knyttet til teamet, hhv. to helse- og omsorgsarbeidere fra hjemmesykepleien og to medarbeidere fra hjemmehjelpstjenesten i Stavanger. Fra 2014 gjøres alle stillinger faste og knyttes direkte til hverdagsrehabilitering. I tillegg får teamet en egen leder. For øvrig vil Stavanger i 2014 styrke alle de tre øvrige bestillerkontorene med en ergo- og en fysioterapeut på hvert kontor.

Brukere kan søke direkte om hverdagsrehabilitering. Bestillerkontoret foretar hjemmebesøk hos personer som har søkt hverdagsrehabilitering. Bestillerkontoret fatter vedtak om hverdagsrehabilitering som oversendes hverdagsrehabiliteringsteamet. Teamet jobber bare på dagtid i ukedagene. Hjemmesykepleien går til de brukerne som trenger bistand kveld/natt og i helgene.



### **Gloppen**

Hverdagsrehabilitering i Gloppen er organisert som et prosjekt, med et tverrfaglig team som er knyttet til hjemmetjenesten. I starten var prosjektet avgrenset til området Sandane, men omfatter nå også hjemmetjenesteområdet Breim.

Kommunen hadde fra før et bredt tilbud innen rehabilitering, med god tilgang til rehabilitering i 2. linje og en kommunal rehabiliteringsavdeling.

Oppgavene og målene som kommunen knytter til det tverrfaglige teamet er todelt:

- Teamet skal arbeide med brukere i deres eget hjem for å øke mestringsevnen i forhold til de målene som brukeren selv har vært med å sette.
- Det er et uttrykt mål at teamet skal ha en smitteeffekt – at kompetansen om hverdagsmestring og rehabilitering skal øke i andre tjenester (spesielt hjemmetjenesten) og i befolkningen.

Teamet har delvis felles oppmøte/felles base med heimesjukepleien og faste møtepunkter to ganger i uka for planlegging og vurdering i forhold til nye brukere og brukere som er involvert i hverdagsrehabilitering

Erferingen (også fra andre kommuner) tilsier at treningsaktiviteter utføres best på dagtid. Teamet arbeider derfor bare på dagtid, men er innstilt på å ta kveldsvakter ved behov.

Teamet legger vekt på at terapeutene og hjemmetrenerne arbeider sammen med brukeren fra begynnelsen av, altså ikke slik at terapeutene først går inn med intensiv innsats før hjemmetrenerne overtar. Brukere som trenger hjelp i helgen, må få disse fra hjemmetjenesten. For å sikre at hjemmetjenesten utfører hjelpen på en måte som er i tråd med rehabiliteringsmålene, legger det tverrfaglige teamet vekt på konkrete beskrivelser/prosedyrer for hvordan hjelpen skal ytes.

Stillingene i det tverrfaglige teamet er rekruttert internt i kommunen. Teamet består av: 50% prosjektleder/sykepleier med rehabiliteringskompetanse, 50% ergoterapeut, 25% fysioterapeut, 200% hjemmetrener, fordelt på 3 personer og 25% sykepleier (prosjektlederen).

Teamet kommenterer at fysioterapiressursen i prosjektet ikke er tilstrekkelig. Sett i forhold til de øvrige ressursene i teamet, er den lavere enn i de fleste andre kommunene som vi har kontakt med i prosjektet. Prosjektlederen har tidligere ledet rehabiliteringsavdelingen. Ergoterapeuten er i resten av sin stilling knyttet til rehabiliteringsavdelingen og demensteamet i kommunen. Fysioterapeuten i teamet er leder av ergo- og fysioterapitjenesten. De tre hjemmetrenerne deltar i vakter på rehabiliteringsavdelingen eller helgevakter i hjemmetjenesten. Dette bidrar til god kontakt med de ordinære tjenestene og styrker muligheten for å oppnå den tilsktede smitteeffekten.

### **Bodø**

Hverdagsrehabilitering i Bodø er knyttet til et tverrfaglig team som har en egen base.

Terapeutene, sykepleier og hjemmetrenerne i hverdagsrehabilitering er i hovedsak rekruttert fra eksisterende tjenester. Alle stillinger er knyttet fast til det tverrfaglige teamet. Organiseringen sikrer at teamet, både gjennom prosjektlederen og medarbeidernes kontakt med tidligere medarbeidere, har tett kontakt med hjemmetjenesten.

Valget om å organisere hverdagsrehabilitering som et prosjektteam utenfor hjemmetjenesten, skal sikre at hverdagsrehabilitering ikke blir spist opp av oppdragene som hjemmetjenesten må ivareta.

På sikt er målet at hverdagsmestring skal være premissgivende for alle pleie- og omsorgstjenester. Dette krever en forankring av hverdagsmestring som ideologi – med store endringer i kultur/holdninger og en ny arbeidsmodell for hjemmetjenesten. Lederen av hjemmetjenesten, prosjektleder og teamet legger vekt på god kommunikasjon. Det betyr at det ryddes opp i misforståelser og at konflikter håndteres umiddelbart. Ikke minst er det viktig at hjemmetjenesten opplever og ser de gode brukereksempelene – brukere som tidligere har vært passive og som gjenvinner funksjoner som de er stolte av.

Det tverrfaglig teamet tar per i dag imot brukere fra tre sentrumsnære soner. Teamet har følgende bemanning: 100 % ergoterapeut (delt på to personer), 100 % fysioterapeut (delt på to personer), 100 % sykepleier, 4 årsverk hjemmetrener (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og 20 % saksbehandler ved tildelingskontoret

I forbindelse med planene om utvidelse av tilbudet om hverdagsrehabilitering til alle soner (mer spredtbygde områder) er det etter sektorens vurdering behov for en utvidelse av det tverrfaglige teamet med 50% stillinger innen ergoterapi, fysioterapi og sykepleie/vernepleier. I «landsonene» vil det være behov for å endre organiseringen: Spredt bosetting gjør det vanskelig å ha medarbeidere som utelukkende opererer som hjemmetrenere. Det vil derfor være behov for ansatte som arbeider både som hjemmetrenere, men som også har vakter innen den ordinære hjemmetjenesten.

### **Ullensaker**

Kommunen samarbeider med de øvrige kommunene på Øvre Romerike (ØRU-samarbeidet med Nes, Nannestad, Gjerdrum, Hurdal og Eidsvoll) om et prosjekt Hverdagsrehabilitering.

Samarbeidsprosjektet forutsatte ekstern finansiering, noe de imidlertid ikke fikk. Ullensaker har likevel omdisponert 500.000 kroner til et pilotprosjekt.

Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet i pilotprosjektet startet med å ta imot brukere i september 2013. Før dette ble det gjennomført felles opplæring for teamene i ØRU-kommunene. Teamet har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen for de brukere som får hverdagsrehabilitering.

I perioden august til desember 2013 anslår kommunen at stillinger på hhv. 30% fysioterapeut, 30% ergoterapeut og ca. 80% fra hjemmetjenesten har vært knyttet til pilotprosjektet. Innsatsen fra hjemmetjenesten er fordelt på tre hjemmetrenere, hhv. to sykepleiere og en hjelpepleier.

### **Eidsvoll**

Pilotprosjektet i Eidsvoll har vært organisert i avdeling fysio-/ergoterapi med avdelingslederen for denne tjenesten som prosjektleder. En fysio- og en ergoterapeut gjennomførte pilotprosjektet sammen med en hjemmetrener som deltok i forbindelse med en praksisperiode på fem uker som del av sin utdanning.

Fysio- og ergoterapeut gjennomførte vurderingsbesøk hos aktuelle brukere og meldte til tildelingsenheten om søkeren var aktuell for hverdagsrehabilitering.

For 2014 foreslås det en ny start for prosjektet, med samlet ett terapeutårsverk (50% ergo- og 50% fysioterapeut) og tre årsverk som hjemmetrenere som skal dekke dag/helg.

Dersom prosjektet tas opp igjen i 2014, vil en se på hvordan henvisning til hverdags-rehabilitering skal organiseres og om /hvordan det skal fattes vedtak om hverdagsrehabilitering.

### **Stange**

StART-prosjektet i Stange fokuserer på brukere som har hatt et brått funksjonsfall. Et tverrfaglig team bidrar med stor innsats i starten med mål om at brukerne skal klare seg uten eller med mindre hjelp etter hvert. Teamet har ergoterapi-, fysioterapi- og sykepleiekompetanse. Teamet møter brukerne hjemme og i dagrehabiliteringen. StART er således ikke «bare» hverdagsrehabilitering. I en evalueringsrapport fra august 2013 understrekes at det er ønskelig at kommunen fremover satser på hverdagsrehabilitering i tillegg til det ambulante StART-teamet.

StART-teamet samarbeider med hjemmetjenesten for brukere som får både rehabilitering og hjemmetjenester.

I 2013 består det ambulante teamet av to ergoterapeuter i 50% stilling, to fysioterapeuter med hhv. 80% og 20%-stilling og en sykepleier i 100%. De tre stillingsgruppene i StART-teamet er knyttet til hver sine enheter.

Deltakerne i teamet møtes en gang i uken. Det påpekes at det krever god dokumentasjon i Gericar for å unngå misforståelser i forhold til arbeidsdelingen i teamet.

### **Trysil**

Hverdagsrehabilitering i Trysil er organisert i hjemmetjenesten. Engasjerte og motiverte medarbeidere i hjemmetjenesten er knyttet til en ressursgruppe som samarbeider tett med ergo- og fysioterapiavdelingen.

I prosjektplanen kommenteres at Trysil er en geografisk stor kommune. For å sikre god logistikk, er det ikke hensiktsmessig å knytte hverdagsrehabilitering til et spesialisert team, men legge oppgaven

til hjemmetjenesten. Siktemålet er at alle ansatte i hjemmetjenesten på sikt kan utføre oppgaver innen hverdagsrehabilitering, med opplæring og veiledning fra ressursgruppen og terapeuter.

I starten og frem til 31.12 2013 er en ergoterapeut knyttet til hverdagsrehabilitering på halv tid. I løpet av 2014 vil ergoterapiinnsatsen bli styrket innenfor eksisterende budsjett.

### **Horten**

Et tverrfaglig rehabiliteringsteam og hjemmetrenere står for hverdagsrehabilitering i sonene. Teamet og hjemmetrenerne fordeler oppgavene seg imellom. Teamet er organisert i Enhet for forebygging og samhandling, mens hjemmetrenerne er knyttet til sonene i hjemmetjenesten.

Hverdagsrehabiliteringsteamet består av to ergoterapeuter, to fysioterapeuter og en sykepleier. Etter utvidelsen til alle sonene er nå 6 hjemmetrenere, med bakgrunn som hhv. sykepleier, hjelpepleier og helsefagarbeider, knyttet til hverdagsrehabilitering. Alle stillinger er finansiert innenfor eksisterende budsjett.

En evaluering høsten 2013 påpekte at involveringen av hjemmetrenere har vært for lav. Det antas at mer utstrakt bruk av hjemmetrenere, vil innebære mindre ressursbruk. Det reises spørsmål om hvordan og når hjemmetrenere skal involveres. Dersom de skal delta på målmøtet med alle brukere, blir det mange møter.

Opgavene fordeles mellom teamet og hjemmetjenesten.

### **Sandefjord**

Hensikten med prosjektet *Best hjemme* er å utvikle en modell som kan implementeres i alle hjemmetjenesteavdelingene i kommunen. Sandefjord valgte en modell med egne rehabiliteringsteam i den enkelte hjemmetjenesteavdeling. Modellen innebærer at avdelingene benytter en rehabiliteringsliste for de brukerne som inngår i Best hjemme. Listen blir betjent av det enkelte rehabiliteringsteam.

Rehabiliteringsteamene i hver av de tre avdelingene har følgende stillinger: 50% ergoterapeut, 33% fysioterapeut og 100% sykepleier/hjelpepleier. I tillegg har Sandefjord en prosjektleder i 40% stilling.

Avdelingsleder i hjemmetjenesten beslutter i samarbeid med blant annet bruker/pårørende, terapeut og sykepleier i avdelingen, om det skal gis tjenester fra avdelingens rehabiliteringsteam.

Rehabiliteringsteamene samarbeider om tjenester på kveld og helg med hjemmetjenesten gjennom grundig dokumentasjon av mål og tiltak i brukers pleieplan. Rehabiliteringsteamene konstaterer en god smitteeffekt over til de ordinære hjemmetjenestene.

### **Nøtterøy**

Kommunen etablerte i mars 2013 hjemmerehabilitering. Hjemmerehabiliteringen er ikke knyttet til et eget team, men tar utgangspunkt i en endring av prioriteringsnøkkelen til kommunens fysio- og ergoterapeuter: Brukere som er aktuelle for hjemmerehabilitering plasseres i prioriteringskategori 1. Etter henvisning/vedtak fra tjenestekontoret foretar fysio-/ ergoterapeut et hjemmebesøk og setter opp en rehabiliteringsplan innen 48 timer etter henvisning fra tjenestekontoret.

Etter hvert overtar hjemmetjenestens hjemmetrenere den løpende oppfølging og daglige kontakt med brukerne. Terapeutene får da en veiledningsrolle.

### **Songdalen**

Kommunen etablerte en ressursgruppe som bestod av en helsefagarbeider, en sykepleier, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Gruppen ble frikjøpt en dag i uken for å utvikle en arbeidsmåte for hverdagsrehabilitering.

Det første hjemmebesøket gjennomføres av den i ressursgruppa som er best egnet i forhold til brukerens problemstilling. Ved neste besøk benyttes metoden motiverende samtale og man kommer frem til brukerens ønsker og mål. Kartleggingsbesøket foretas som regel av to personer, en terapeut og en sykepleier/helsefagarbeider. Ut fra dette lages en plan for at brukeren kan nå sine mål. I starten følger de ansatte i ressursgruppa opp brukeren tett. Aktuelle ansatte i hjemmetjenesten veiledes for å bli hjemmetrenere. Disse overtar etter hvert ansvaret for å følge opp den enkelte brukeren.

Primærkontakten blir først involvert og får veiledning av ressursgruppen. Alle som jobber i

hjemmetjenesten kan i prinsippet være aktuelle, avhengig av hvilken liste brukeren er på og hvilke medarbeidere som arbeider med denne listen.

Gjennomføring av modellen er avhengig av frikjøp av sykepleier og helsefagarbeider fra hjemmetjenesten en dag i uken hver. Fysioterapeuten og ergoterapeuten skal prioritere arbeidet med hverdagsrehabilitering i sin daglige drift. Dette kan medføre at andre grupper får et redusert tilbud.

I juni 2014 skal modellen og arbeidet evalueres og det er tenkt at tjenesten går over til ordinær drift.

### **Voss**

Kommunen har et spesialteam med ergoterapeut og fysioterapeut som lærer opp og veileder medarbeidere i hjemmetjenesten. Teamet skal gradvis gjøre seg overflødig ved at personalet i de ordinære tjenestene overtar treningsoppgavene. Hvem som står for den daglige treningen, er avhengig av hvilke aktiviteter det trenes på og hva slags tjenester brukeren har for øvrig. Som oftest er det assistenter, hjemmehjelpere eller helsefagarbeidere, men også hjemmesykepleier, ergo- og fysioterapeut kan være aktuelle.

Voss satser således på en integrering av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Dette skal sikre at alle tjenesteytere i hjemmetjenesten har fokus på brukernes evner/restevner og rehabiliteringspotensial. Gitt størrelsen og avstandene i kommunen, ville det være lite effektivt å knytte hverdagsrehabilitering til et team med noen få øremerkede medarbeidere.

Spesialteamet ble etablert med to nyopprettede 50% stillinger for hhv. fysio- og ergoterapeut og omdisponering av 50% ergoterapeut. Terapeutene i teamet er innom brukerne ukentlig for trening og observasjon. Dette er viktig for å sikre progresjon i forløpet og god kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og terapeutene. Teamet er organisert i rehabiliteringstjenesten, men samarbeider tett med kontaktpersoner i sonene/sektorene i hjemmetjenesten.

### **Holtålen**

Hverdagsrehabilitering er knyttet til et tverrfaglig rehabiliteringsteam som samarbeider med hjemmetjenesten. Teamet er motoren i arbeidet. Det betyr at de leder arbeidet med kartlegging, lager rehabiliteringsplan og veileder hjemmetrenerne.

Rehabiliteringsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier med rehabiliteringskompetanse og hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering. Prosjektplanen anslo at de ville bruke 10% av hver stilling i forberedelsen og 20% i gjennomføringsfasen. Det viste seg imidlertid at det ble brukt vesentlig mindre tid enn man regnet med.

Primærkontaktene i hjemmetjenesten har ansvar for at hverdagsrehabilitering blir gjennomført. Alle i hjemmetjenesten skal delta i hverdagsrehabilitering. Ergo-/fysioterapeut er til dels med på morgenmøte med hjemmetrenerne/hjemmetjenesten mandag morgen for å sikre oppfølging og veiledning. I noen tilfeller har primærkontakten vært med ved planlegging av mål/tiltak for brukerne.

Prosjektet evalueres i 2014 og kommunen forutsetter at hverdagsrehabilitering deretter blir en fast arbeidsform og tjeneste.

### **Malvik**

Kommunen har opprettet et tverrfaglig team som har et helhetlig ansvar for prosessen med hverdagsrehabilitering overfor brukerne. Oppstart av hverdagsrehabilitering planlegges i januar 2014. Terapeutene i teamet er ansatt i enheten Helse og aktivitet, mens sykepleier og hjelpepleier er ansatt i hjemmesykepleien.

Teamet består av 50% prosjektleder, 40% fysioterapeut, 100% ergoterapeut, 40% sykepleier og 80% hjelpepleier. Alle yrkesgruppene i prosjektet skal delta i hjemmetreningen med de ulike brukere. Hjemmetrenerne kan være sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte.

Tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet benyttes til å dekke opp vikarer i hjemmesykepleien for to ansatte i teamet.

**Verdal**

Kommunen har etablert et tverrfaglig team *Aktiv i eget liv* som en fast del av kommunens organisasjon (ikke prosjekt). Teamet er satt sammen av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier og fungerer som motorer i teamet. Hjemmetrenerne som er knyttet til teamet skal ha tydelig og støttende ledelse i det praktiske arbeidet sammen med brukerne. Teamet er mobil og møter hjemmetrenerne ute i distriktene. De har felles månedlige møter med hjemmetrenerne for faglig refleksjon/diskusjoner. Det vektlegges forankring i både hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten. Det forutsettes at avdelingslederne engasjeres og støtter arbeidet. Terapeutene bidrar i rehabiliteringsprosessen og deltar i snitt en gang per uke i brukerens hjem for å oppfølging og justering av tiltaksplan. Veiledning av hjemmetrenerne gis underveis.

Det tverrfaglige innsatsteamet består av 20% koordinator/ergoterapeut, 20% fysioterapeut, 20% hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering og 5 hjemmetrenerne (hjelpeleiere/omsorgsarbeidere) fordelt på de tre omsorgsdistriktene. Det er ønskelig å styrke terapiressursene med 20% ergoterapeut og 20% fysioterapeut for å gjøre tilbudet mindre sårbart. Foreløpig har kommunen ikke funnet midler til dette.

**6.2.2 Oppsummering av organisering av hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene**

Beskrivelsen av organisering av hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene, illustrerer mangfoldet: Noen har etablert tverrfaglige team som har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen, andre bruker tverrfaglige team for å veilede og følge opp treningsoppgavene som utføres av hjemmetjenesten.

Også den organisatoriske tilknytningen varierer: I noen kommuner er rehabiliteringsteamene knyttet til hjemmetjenesten, i andre til helsetjenesten (ergo-/fysioterapitjenesten eller en rehabiliteringsenhet). I halvparten av kommunene i utvalget er den organisatoriske forankringen delt: Terapeutene er organisert i helsetjenesten, mens hjemmetrenerne er organisert i hjemmetjenesten.

I nedenstående oversikt søker vi å kategorisere de ulike organisatoriske løsningene:

	<b>Kommuner med tverrfaglige team som har fast tilknyttede hjemmetrener og ansvar for hele prosessen</b>	<b>Kommuner med terapeut-team og hjemmetrener i hjemmetjenesten</b>
Hverdagsrehabilitering knyttet til hjemmetjenesten	Sandefjord Stavanger Gloppen Bodø	Trysil Kristiansand
Hverdagsrehabilitering knyttet til helsetjenesten (ergo-/fysioterapi- eller rehabiliteringstjenesten)	Eidsvoll St. Hanshaugen Stange <sup>1)</sup> Arendal	
Delt organisering (terapeuter i rehab.enheter, hjemmetrener i hjemmetjenesten)	Ullensaker Nome Malvik	Gamle Oslo Horten Nøtterøy Songdalen Voss Holtålen Verdal

<sup>1)</sup> I Stange samarbeider StART-teamet som har ansvar for hjemmerehabilitering med hjemmetjenesten

De fleste kommunene som har team med ansvar for hele prosessen, samarbeider med hjemmetjenesten for å sikre at brukerne får hjelp kveld/natt og helg. Et unntak er Arendal som har et stort innsatsteam som også dekker kveld/helg. Flere understreker at treningsoppgaver innenfor hverdagsrehabilitering utføres best på dagtid. Brukerne er mest opplagt og motivert for trening på dagen.

Blant kommunene som har hjemmetrenerne knyttet til hjemmetjenesten, forutsetter syv at i prinsippet alle medarbeidere i hjemmetjenesten skal delta i hverdagsrehabilitering. Disse syv kommunene er:

- Gamle Oslo
- Trysil
- Nøtterøy
- Kristiansand
- Songdalen
- Voss
- Holtålen

I Verdal og Horten får noen utvalgte medarbeidere i hjemmetjenesten oppgaver som hjemmetrener. Også i noen av de syv kommunene ovenfor påpekes at en søker å sikre at motiverte og dedikerte medarbeidere i hjemmetjenesten får tildelt oppdrag innen hverdagsrehabilitering.

### **6.3 Hvem skal få hverdagsrehabilitering?**

Alle kommunene og bydelene i utvalget har satt opp kriterier for hvilke grupper som er egnet og ikke egnet for å motta hverdagsrehabilitering. I stor grad er det noen kriterier som er felles for de fleste, selv om de er utformet med ulik detaljerings- og presiseringsnivå.

Følgende inkluderingskriterier er brukt:

Brukere som har et rehabiliteringspotensiale og som:

- søker om pleie- og omsorgstjenester/helsehjelp for første gang
- søker om hjelpemidler for første gang
- har hjemmetjenester og som har eller er i ferd med å få et redusert funksjonsnivå
- har nytte av hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering etter et opphold på sykehus eller korttids-/rehabiliteringsplass.

Nye brukere kan omfatte både brukere som ikke har hatt tjenester før eller brukere som ikke har hatt hjemmetjenester over noe tid.

I noen kommuner presiseres at brukerne må kunne forstå og gjøre seg forstått. Dette er en forutsetning for at brukeren er i stand til å sette egne mål og trene i forhold til disse i løpet av prosessen med hverdagsrehabilitering. Det kan være ulike grunner til at brukerne ikke er i stand til dette, for eksempel på grunn av språkproblemer eller på grunn av kognitiv svikt. For den siste gruppen kan det også være at de vil ha problemer med å motta instruksjon og veiledning, eller at de mangler samtykkekompetanse. Kristiansand har imidlertid med brukere med begynnende demens og lettere psykiske lidelser i inkluderingskriteriene. Voss beskriver at personer som ikke behersker norsk skriftlig og muntlig, er uaktuelle.

Mange presiserer at det er nødvendig at brukerne er motiverte og villige til å trene for å nå egne mål. Noen har opplevd at brukere gjerne vil delta for å få oppmerksomhet, men i

realiteten har de liten vilje til å bidra selv av ulike grunner. Selv om noen brukere i utgangspunkt er lite motiverte, fortalte flere om at de hadde eksempler på brukere som etter hvert ble motiverte til å jobbe mot målene.

De fleste kommunene forutsetter at utskrivningsklare pasienter fra sykehus og døgnrehabilitering/korttidsplasser vurderes i forhold til om hverdagsrehabilitering er aktuelt. Stange kommune nevner eksplisitt som et kriterium at brukerne må ha behov for tett oppfølging i en overgangsperiode og at de trenger tverrfaglig innsats. Brukere med behov for enkelttiltak/behandling er derimot satt på eksklusjonslista. Horten har også med pasienter som har behov for tverrfaglig innsats og de setter det til minimum 14 dager. De beskriver dessuten eksplisitt at brukerne må være medisinsk avklarte. I forhold til IPLOS ADL-score sier Horten at den må være under 3 før akutt fall i funksjon.

Følgende ekskluderingskriterier var satt opp av de fleste:

- Brukere uten rehabiliteringspotensiale
- Brukere med alvorlige degenerative sykdommer
- Brukere som er terminalt syke
- Brukere med kognitivt svikt
- Brukere som er alvorlig psykisk syke

Bydel St. Hanshaugen har også brukere med alvorlig rusproblematikk på eksklusjonslista. Nome kommune har satt opp brukere som forventes å bli selvhjulpne uten rehabilitering som uaktuelle for hverdagsrehabilitering. Stavanger kommune har nevnt brukere i palliativ behandling som uaktuelle, mens brukere etter slik behandling kan få hverdagsrehabilitering. Gloppen påpeker at pasienter som har behov for heldøgns omsorg og pleie eller behov for rehabilitering i institusjon, er uegnet. I noen kommuner med dårlig terapeutdekning/få andre rehabiliteringstilbud, vil man strekke seg lenger for å inkludere brukere med ulike rehabiliteringsbehov. Et eksempel her er Nome kommune.

Det viser seg at prinsippene som er satt opp i forhold til hvilke målgrupper som bør prioriteres til hverdagsrehabilitering, ofte avviker fra hvilke brukere som faktisk blir tatt inn. De fleste er imidlertid enige i at det er viktig å prioritere nye brukere som søker tjenester og de som har hatt et brått funksjonsfall. Ofte blir det imidlertid ikke slik i praksis. Det er ulike grunner til det. Blant annet får rehabiliteringsteamene ofte henvist brukere med omfattende funksjonssvikt fra hjemmetjenesten. En del nye brukere med mindre/avgrensede behov ønsker hjemmesykepleien derimot å ta seg av selv. For ikke å virke eksklusiv strekker teamene i hverdagsrehabilitering seg for å prøve ut tiltak for brukere med omfattende behov. Noen ganger tar det dessuten tid å oppdage at tiltakene som hverdagsrehabiliteringsteamene kan iverksette, er lite egnet.

Flere team påpekte at en hovedutfordring er å få tak i de rette brukerne i tråd med de formulerte inkluderings- og ekskluderingskriteriene.

#### **6.4 Henvisning/valg av brukere og vedtak**

Avvik mellom inkluderingskriteriene og hvilke brukere som faktisk får tilbud om hverdagsrehabilitering i kommunene, kan henge sammen med henvisningspraksis fra samarbeidende tjenester og med rehabiliteringsteamenes rutiner for å vurdere og velge sine brukere.



Hvilke tjenester og enheter som henviser potensielle brukere til hverdagsrehabilitering, varierer mellom kommunene.

De fleste fremhever at bestiller- eller tildelingsenheten, er helt sentral. Bestillerne mottar alle søknader, både fra førstegangssøkere og fra brukere som søker om utvidet hjelp. Arendal er et eksempel på en kommune som har et tett samarbeid mellom tjenestekontoret (tildelingsenheten) og innsatsteamet – antakelig både fordi de er organisert i samme avdelingen, men spesielt også fordi prosjektlederen aktivt søker daglig kontakt med tjenestekontoret. Andre kommuner har øremerket stillinger eller styrket bestillerenheten, dette gjelder eksempelvis Bydel St. Hanshaugen (egen stilling ved bestillerkontoret som er øremerket hverdagsrehabilitering), Kristiansand (60%-stilling ved tildelingskontoret), Bodø (20%-stilling) og Stavanger (som har knyttet ergo- og fysioterapeuter til bestillerenheten).

En rekke av kommunene som vi har hatt kontakt med, understreker at kulturendringen som hverdagsrehabilitering forutsetter ikke bare gjelder hjemmetjenesten, men i høyeste grad også bestiller- eller tildelingsenhetene. Flere kommenterer at det har vært vanskelig å forankre mestringstenkningen og hverdagsrehabilitering i disse rettighetsorienterte enhetene.

I en oppstartfase har noen kommuner prioritert førstegangssøkere. Dette gjelder bl.a. Stavanger, Trysil og Malvik som har flest eller bare førstegangssøkere i hverdagsrehabilitering. Andre kommuner forutsetter eksplisitt at alle førstegangssøkere skal vurderes (bl.a. i Nøtterøy og Voss), i tillegg til at hjemmetjenesten skal vurdere rehabiliteringsbehov og -potensial blant brukerne som allerede får tjenester. I Bodø kommenterer teamet at det til nå først og fremst har gitt tilbud om hverdagsrehabilitering til brukere som har hatt tjenester fra før. Disse har fått hjelp til å komme ut av en pasientrolle. Teamet i Bodø kommenterer at det er en utfordring å få tak i førstegangssøkere for å sikre tidlig intervensjon.

Ved siden av henvisninger fra bestiller-/tildelerenhet får hverdagsrehabiliteringsteamene henvisninger fra hjemmetjenesten og fra rehabiliteringstjenesten/fysio- og ergoterapitjenesten. I Gloppen er alle stillinger i teamet delte. Det betyr at medarbeiderne deler sin arbeidsinnsats mellom hverdagsrehabilitering og hhv. hjemmetjenesten, rehabiliteringsavdelingen og fysio-/ergoterapitjenesten. Det betyr at medarbeiderne i teamet har nær kontakt med disse tjenestene og får mange henvendelser fra disse.

Flere utvalgskommuner har ikke egne bestiller-/tildelingsenheter. I disse kommunene har enten et inntaksteam eller tjenesteledere selv myndighet til å fatte enkeltvedtak. I disse kommunene er det spesielt viktig at hverdagsrehabiliteringsteamet er tett på de tjenestene som må fange opp og henvise aktuelle brukere, det være seg hjemmetjenesten, rehabiliteringsavdelinger/fysio- og ergoterapitjenesten, sykehus eller fastlegene.

Teamene kommenterer at hverdagsrehabilitering har størst mulighet for å lykkes, når man kommer tidlig inn i et pasientforløp – altså før brukeren har blitt vant til en rolle som hjelpemottaker. Blant utvalgskommunene som vi har besøkt, kommenterer bl.a. Nome og Gloppen at det ofte henvises for tunge brukere til hverdagsrehabilitering. Likevel er flere opptatt av at hverdagsrehabilitering ikke må få et eksklusivt image. Det betyr at man tar imot og arbeider også med brukere som i utgangspunkt faller inn under eksklusjonskriteriene. I Arendal har hverdagsrehabiliteringsteamet til enhver tid noen brukere som i utgangspunkt defineres som tunge.

Noen av teamene som vi besøkte kommenterer at opptrening ofte er hensiktsmessig og aktuell også for brukere med tunge aktivitetsproblemer. Avgjørende for resultatet er ikke nødvendigvis om brukeren er «tung» eller «lett», men at hverdagsrehabilitering settes inn så tidlig som mulig og med tilstrekkelig intensiv innsats overfor brukere som har et rehabiliteringspotensial.

I alle kommunene er det terapeutene i teamet som etter en kartlegging, avgjør om hverdagsrehabilitering er et egnet tilbud.

Vi må understreke at mange utvalgte kommuner er i en prosjektfase eller tidlig i etablering av tilbudet om hverdagsrehabilitering. Det betyr at samhandlingen med andre tjenester ennå ikke har satt seg og at en del rutiner, bl.a. i forbindelse med henvisning og overføring av brukere, må utvikles.

Det samme gjelder rutinene for vedtak og vedtakslengde:

Noen kommuner fattet ikke enkeltvedtak for hverdagsrehabilitering. I noen av disse er dette et bevisst valg. Andre viser til at de er i en forsøksperiode og at de vil vurdere hvordan vedtak om hverdagsrehabilitering skal utformes når det blir et ordinært tilbud.

I Arendal er hverdagsrehabilitering i utgangspunkt begrenset til tre uker. Det fattes ikke et formelt vedtak, men brukeren får et brev med orientering om at det settes i gang hverdagsrehabilitering. Teamet starter kartlegging og rehabiliteringsprosessen umiddelbart, og den korte perioden setter et press på både bruker og teamet om å arbeide effektivt.

Ullensaker, Stange, Holtålen og Malvik har i sine prosjekter foreløpig ikke fattet vedtak om hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering, men vurderer eller har bestemt seg for å innføre vedtak i fortsettelsen.

Lengden på rehabiliteringsprosessene varierer betydelig mellom kommunene:

3 uker	Arendal, Bydel Gamle Oslo, Ullensaker
4 uker	Bydel St. Hanshaugen, Kristiansand, Stavanger, Nøtterøy, Verdal
(inntil) 6 uker	Eidsvoll, Horten, Malvik
(inntil) 8 uker	Nome, Holtålen
(inntil) 3 måneder	Gloppen, Trysil, Songdalen, Voss

I kommunene med korte vedtak er det mulig å forlenge prosessen, dersom brukeren viser god progresjon. Flere av disse viser til at rehabiliteringsperiodene i praksis ofte er lengre enn det vedtaket som blir fattet. Nøtterøy har erfart at en rehabiliteringsperiode på 4 uker fungerer bra for de fleste brukere med bruddskader, mens brukere med hjerneslag ofte trenger lenger tid.

I Nome arbeider hverdagsrehabiliteringsteamet i to uker med brukerne. Det fattes deretter vedtak for inntil 8 uker hvor de to første ukene er inkludert. I Horten gis vedtak om hverdagsrehabilitering fra 2 til maksimalt 6 uker. Deretter foretas det en evaluering og om nødvendig overføres brukeren til hjemmetjenesten.

Flere kommuner med lange maksimale vedtaksperioder presiserer at perioden knyttes til brukerens mål og de aktivitetene som skal gjennomføres i rehabiliteringsprosessen (f.eks. Gloppen, Songdalen og Malvik).

I Bodø, Stange og Sandefjord planlegges og gjennomføres rehabiliteringsprosessen ut fra en individuell vurdering, uten en fastsatt maksimal lengde.

Etter beskrivelsene som vi mottok fra kommunene, er Voss den eneste kommunen der hverdagsrehabilitering gis i tre måneder til alle brukere. Dersom en bruker oppnår sine mål før utløp av denne perioden, suppleres det gjerne med nye mål som det trenes på i den resterende tiden.

## 6.5 Kartlegging og oppfølging

Etter det vi kan se, forutsetter alle kommuner i utvalget at COPM (Canadian Occupational Performance Measure) brukes i kartlegging av rehabiliteringsbehov – og ikke minst rehabiliteringsønsker. Metoden sikrer at brukerens egne mestringsmål, er grunnlaget for hverdagsrehabiliteringen. COPM er i utgangspunktet et verktøy utviklet for ergoterapeuter. I flere kommuner har imidlertid også fysioterapeuter og sykepleiere i rehabiliteringsteamene fått opplæring og kan gjennomføre en COPM-kartlegging.

En stor og økende andel kommuner bruker i tillegg SPPB (Short Physical Performance Battery) for å kartlegge brukernes fysiske funksjonsnivå (balanse, gange og reise/sette seg). Dette verktøyet benyttes av fysioterapeutene. Overgang til SPPB erstatter i flere kommuner tidligere brukte tester, spesielt TUG (Times up and go), Berghs balansetest eller COOP/WONCA.<sup>5</sup>

I forbindelse med uttesting av registrerings- og beregningsmodellen i 11 kommuner har vi konstatert at COPM og SPPB i mange kommuner ikke brukes konsekvent (jf. del III, kapittel 8 nedenfor). Dette gjelder også kommuner som i prinsippet forutsetter at disse kartleggingene gjennomføres i forbindelse med oppstart og planlegging av hverdagsrehabilitering.

I henhold til IPLOS-forskriften, skal alle kommuner kartlegge ADL-funksjonsnivå for alle brukere av helse- og omsorgstjenester.<sup>6</sup> Flere kommenterer at denne kartleggingen ikke er egnet til å planlegge og utvikle tiltak for en rehabiliteringsprosess. Dessuten stiller flere spørsmål om funksjonene og kategoriseringen i IPLOS' ADL-kartlegging i tilstrekkelig grad fanger opp endringer i brukernes mestringssevne.

I alle kommuner har terapeutene og/eller sykepleiere i teamet, i noen tilfeller sammen med en hjemmetrener, den første kontakten med aktuelle brukere etter henvisningen. Noen kommenterer at det tar for lang tid og at bestillerenheten eller andre bruker for mye tid på forhåndskartlegging før henvisning.

I den første samtalen benyttes de ovennevnte kartleggingsredskapene for å avklare rehabiliteringsbehov og -potensial, men ikke minst også brukerens motivasjon for egentrening. Flere kommuner i utvalget har lært opp og trent medarbeidere i

---

<sup>5</sup> COPM og SPPB beskrives nærmere i kapittel 8. Både COPM og SPPB er blitt forskningsmessig evaluert i mange sammenhenger og har vist seg å gi resultater som er tilforlidelige og valide. Det betyr at resultatene viser på en god måte det en er ute etter å måle. For begge tester er det utviklet også mål for signifikans. I vår sammenheng betyr det først og fremst at det er fastslått hvor stor forbedringen i testresultatene må være, for at man kan stole på forbedringen.

<sup>6</sup> ADL-kartleggingen iht. IPLOS omfatter 15 ulike funksjoner som beskrives med verdier fra 1 (klarer selv) til 4 (trenger hjelp til hele funksjonen).

rehabiliteringsteamet, bestillerenheten og til dels i hjemmetjenesten i metoden *motiverende samtale*.

I alle kommuner ender kartleggingen opp i en plan for rehabiliteringsarbeidet. Hva denne planen kalles og hvordan den utformes, varierer imidlertid. Sentralt er det i alle tilfeller at rehabiliterings- eller tiltaksplanen beskriver målene som skal oppnås, aktivitetene som dette krever at brukeren trener på og tiltakene som er nødvendige for å oppnå at brukeren mestrer aktivitetene.

Det er viktig at aktiviteter og tiltak er godt dokumentert når hjemmetrenere skal arbeide med brukerne. Noen gjør dette ved hjelp av detaljerte prosedyrebeskrivelser i fagsystemet. Andre kommuner formaliserer rehabiliteringsplanen i permer som ligger hjemme hos brukerne. Disse planene beskriver mål og tiltak, noen også med detaljerte ukesplaner, som skal veilede hjemmetreneren. En av kommunene som vi har hatt kontakt med (Voss) har etablert en rutine som innebærer at alle medarbeidere som er innom brukeren må signere på at aktivitetene i ukesplanen er gjennomført i tråd med forutsetningene om egentrening.

Flere kommuner som opererer med lange rehabiliteringsperioder kommenterer at de evaluerer prosessen underveis (f.eks. Nome og Holtålen). Vi antar at dette gjelder flere enn de som eksplisitt har kommentert midtveis-/underveisevaluering.

Blant utvalgskommunene er det et flertall som forutsetter en ny kartlegging i forbindelse med avslutning av hverdagsrehabilitering. De fleste forutsetter en ny COPM-kartlegging i forbindelse med sluttevalueringen. Noen fremhever også at de oppdaterer ADL-kartleggingen iht. IPLOS og SPPB. Ved uttesting av registrerings- og beregningsmodellen for hverdagsrehabilitering viser det seg imidlertid at de forutsatte kartleggingene ikke gjennomføres konsekvent for alle brukere i de fleste kommunene.

I Stavanger følges brukerne opp med en oppfølgingsamtale fra bestillerenheten 6 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Prosjektlederen har dessuten planer om en retest etter 12-18 måneder for å kunne vurdere de langsiktige effektene av hverdagsrehabilitering.

Flere andre kommuner har opplegg eller planer om en evaluering etter avslutning. Dette gjelder:

- Kristiansand, Nome og Songdalen som foretar en evaluering med nye kartleggingstester etter 6 måneder,
- Ullensaker som planlegger evaluering etter 2 måneder,
- Voss som legger opp til evaluering etter 3 måneder.
- Flere kommuner (bl.a. Malvik og Trysil) benytter COOP/WONCA. Trysil bruker denne kartleggingen to ganger i løpet av rehabiliteringsprosessen og foretar en ny kartlegging 12 uker etter avslutning.<sup>7</sup>

Flere kommuner har allerede satt i gang følgeforskning av hverdagsrehabilitering. I tillegg forutsetter Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet at alle kommuner som har fått tilskudd til hverdagsrehabilitering i 2013 deltar i et felles opplegg for følgeforskning. Senter for omsorgsforskning Vest og CHARM gjennomfører denne på oppdrag fra Helse- og

---

<sup>7</sup> COOP/WONCA er et evalueringsverktøy utviklet for fysioterapi praksis. Det kartlegger brukerens subjektive opplevelse ift. fysisk form, følelsesmessige problemer, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, bedre/dårligere helse og samlet helsetilstand i de siste to ukene.

omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet. Opplegget forutsetter retesting av brukere som har avsluttet hverdagsrehabilitering for å kartlegge de langsiktige effektene.

## 7 Drøfting – suksesskriterier, forutsetninger og fallgruver

### 7.1 Suksesskriterier

I intervjuene i de 8 kommunene/bydelene som vi besøkte, har vi utfordret de vi snakket med til å beskrive hva som er de viktigste suksesskriteriene – altså hva som må til for å lykkes med hverdagsrehabilitering.

Kriteriene som ble fremhevet av kommunene er i stor grad i samsvar med de vi fant i litteraturgjennomgangen (jf. avsnitt 3.2). De viktigste er:

- Ledere på alle nivåer må støtte opp om satsningen på hverdagsrehabilitering. Satsningen vil ofte møte motforestillinger, både i tjenestene, blant brukere og pårørende. Folkevalgte må sikre rammevilkårene (bl.a. finansiering) og være i stand til å forsvare en tenkning om «støtte for» fremfor «hjelp til». Mellomledere/tjenesteledere må motivere for og følge opp denne arbeidsmåten.
- Hverdagsrehabilitering krever en holdnings- og kulturendring i alle tjenester som er berørt. Flere uttrykker at tenkningen rundt hverdagsmestring må inn som grunnleggende ideologi i hjemmetjenesten: Tjenesten skal tilrettelegge for mestring, fremfor «bare» å yte hjelp og pleie. Men også terapeuter må bidra til en tverrfaglig arbeidsmåte.
- Holdnings- og kulturendringen krever kompetanseutvikling i hjemmetjenesten. Medarbeiderne må lære hva rehabilitering betyr for deres arbeidsmåte. Flere kommuner har gjennomført kompetanseutviklingsprogrammer. Kommunene Froland, Arendal, Risør, Grimstad, Åmli, Tvedestrand og Vegårshei har i samarbeid utviklet et kursopplegg for hjemmetjenesten som tar opp følgende temaer (Østre Agder, 2012):
  - Treningslære
  - Hjelpemidler
  - Empowerment
  - Kommunikasjon
  - Fallforebygging
  - Kosthold
  - Kartleggingsverktøy
  - Rehabiliteringsplan.Kurset gjennomføres i flere bolker à to timer. Blant utvalgskommunene har Bodø brukt dette opplegget.
- Forpliktende tverrfaglig arbeid. Tverrfaglighet forutsetter at medarbeiderne er opptatt av å utnytte hverandres kompetanse. Konkurransen mellom faggruppene må unngås. I denne forbindelsen kommenterer flere kommuner at det er hensiktsmessig å starte hverdagsrehabilitering med motiverte og erfarne medarbeidere. Dette gjør det mulig å etablere gode arbeidsmåter og rutiner – og i neste instans presentere og kommunisere de gode eksemplene som kan danne grunnlag for utvidelse.
- For å lykkes med hverdagsrehabilitering er det avgjørende at de riktige brukerne henvises til tilbudet. Alle kommuner har definert inkluderings- og eksklusjonskriterier

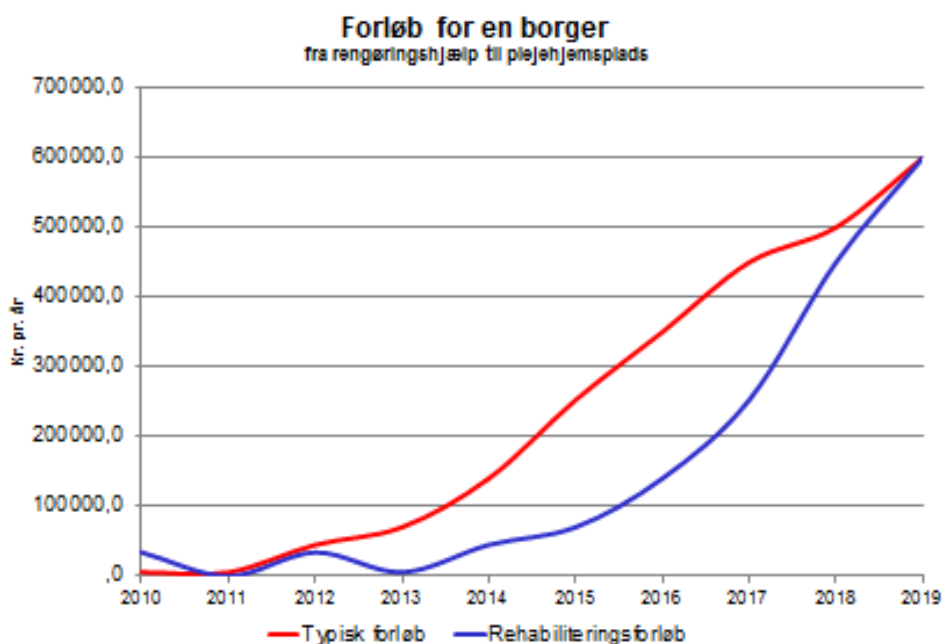
for hverdagsrehabilitering. Flere beskriver imidlertid at de har fått henvist og arbeider med brukere som i utgangspunkt ikke oppfyller inkluderingskriteriene. Et godt samarbeid med bestillerkontor, hjemmetjenesten (spesielt i de kommunene som ikke har en egen bestillerenhet), spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringstjenesten i kommunen er avgjørende: Samarbeidspartnerne må kjenne til og være opptatt av tilbudet om hverdagsrehabilitering.

- Flere understreker også at informasjon og motivasjon av brukere og pårørende, er viktig for en vellykket rehabiliteringsprosess.
- Hverdagsrehabilitering innebærer intensiv innsats i en avgrenset periode. Ved oppstart er det behov for opplæring og tid til å utvikle arbeidsmåter og få til et godt samspilt tverrfaglig team. Noen kommuner uttrykker at dette krever tilførsel av midler i en pukkelfase. Flere kommuner har fått ekstra midler, bl.a. i form av samhandlingsmidler og øremerkede statstilskudd for å satse på hverdagsrehabilitering. Andre har klart å etablere satsningen ved intern omprioritering.
- Dokumentasjon av resultater er en forutsetning for å sikre fortsatt legitimitet for satsningen. De fleste kommunene starter med hverdagsrehabilitering som et prosjekt. For å overføre arbeidsmåten til ordinær drift, må de dokumentere resultater. Flere påpeker imidlertid at det er nødvendig å ha «is i magen». Selv om man oppnår gode resultater for enkeltbrukere, vil dette ikke umiddelbart bety at ressursinnsatsen i hjemmetjenesten kan reduseres.

## **7.2 Forutsetninger og fallgruver – hvilke avveininger er viktige ved implementering av hverdagsrehabilitering?**

Tanken bak hverdagsrehabilitering er på mange måter uimotståelig og appellerende: En kortvarig og intensiv tverrfaglig innsats skal øke mestringsevne og utsette hjelpebehov.

Fredericia kommune illustrerer utsettelsen av hjelpebehov på følgende måte:



Kilde: Marianne Hansen, plejeforsker i Fredericia kommune; Presentasjon av LMEL (Længst muligt i eget liv), 13.05.2013

Både litteraturgjennomgangen og vår kontakt med 20 kommuner viser at det er en del forskjeller ift. innhold, målgrupper og organisering av hverdagsrehabilitering.

Disse forskjellene er blant annet et resultat av ulik kommunestørrelse, ulikheter i hva kommunene har av rehabiliteringstilbud fra før og ulik kompetanse og bakgrunn til medarbeiderne i hverdagsrehabilitering.

Dette illustrerer at det ikke er mulig å konkludere med én riktig løsning for å organisere hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Løsningen i den enkelte kommunen må ta hensyn til følgende forhold:

- **Organisering:**

Prinsipielt kan hverdagsrehabilitering organiseres på to måter:

- Hverdagsrehabilitering integreres i de eksisterende, ordinære tjenestene i kommunen, eller
- Hverdagsrehabilitering knyttes til et eget tverrfaglig team. Medarbeiderne i teamet tas ut av hjemmetjenesten og ergo-/fysioterapitjenesten.

Valg av modell må ta hensyn til bl.a. kommunetype og ressursituasjon:

I mange små kommuner vil det bli for ressurskrevende å ha et eget team i tillegg til de ordinære tjenestene. Det kan dessuten være problematisk å rekruttere nok brukere til et team som utelukkende skal jobbe med hverdagsrehabilitering. Flere kommuner har derfor valgt at oppdrag knyttet til hverdagsrehabilitering utføres av personell som også ivaretar

tradisjonelle hjemmetjenesteoppgaver og ergo-/fysioterapioppgaver – altså en integrert modell.

I slike tilfeller er det et poeng at man organiserer oppdragene i hverdagsrehabilitering på egne arbeidslister. Ellers vil man lett kunne miste fokus på brukers egen mestring – og rehabiliteringsoppdrag salderes bort i en travel hverdag.

Hverdagsrehabilitering krever store endringer i arbeidsmåte og et bevisst fokus på mestring som kan stride mot etablerte holdninger og tradisjon i hjemmetjenesten. Fokuset er som regel på pleie og bistand til mennesker med helseproblemer og funksjonssvikt. Medarbeidere kan lett oppleve det som et svik å utfordre brukere til å utføre oppgaver som de tidligere har fått utført av hjemmetjenestene. Brukere og pårørende vil også ofte forvente at de får hjelp til «å få gjort», fremfor støtte til «å klare selv».

Endringsarbeidet og forankring av en ny ideologi i hjemmetjenesten, er derfor i mange kommuner en utfordring. Noen kommuner har valgt å starte med at noen motiverte og erfarne medarbeidere i hjemmetjenesten får oppdragene i hverdagsrehabilitering. De gode brukereksempelene kan brukes til å motivere og å skape engasjement i hele tjenesten. Opplæring, tett oppfølging og samarbeid mellom hjemmetjenesten og terapeutene, er en forutsetning for at hverdagsrehabilitering ikke blir utvannet.

Kommunene som har valgt egne team med faste hjemmetrenere opplever det som en fordel at medarbeiderne kan fokusere utelukkende på å styrke brukernes mestringsevne. Faren ved en slik tilnærming er imidlertid at hverdagsrehabilitering kan oppleves som en eksklusiv tjeneste. Medarbeiderne i teamet har bedre tid til den enkelte brukeren og til å samordne sitt arbeid. Deres oppgaver kan dessuten oppleves som mindre belastende enn de tradisjonelle oppgavene i hjemmetjenesten.

For å unngå å bli opplevd som eksklusiv, mottar teamene i flere kommuner brukere som strengt tatt ikke oppfyller inkluderingskriteriene for hverdagsrehabilitering. Dette kan imidlertid være problematisk ved at det bindes opp mye ressurser til brukere med et lite rehabiliteringspotensial. Åpenhet, informasjon og dokumentasjon av resultater er viktig for å sikre legitimitet av hverdagsrehabilitering i tjenesteapparatet for øvrig.

### Prosjekt eller ordinær drift?

De fleste kommunene starter med hverdagsrehabilitering som et prosjekt. Dette gir mulighet for prøving og feiling, både i forhold til arbeidsform, tilnærming, samarbeidsrelasjoner og valg av brukere, i en avgrenset periode. Ofte er det slik at prosjekter starter med utgangspunkt i ekstern finansiering. Intensjonen er å etablere hverdagsrehabilitering og -mestring som en del av det ordinære kommunale tjenestetilbudet etter en prosjektperiode.

Erfaringen er imidlertid at mange prosjekter i kommuner avsluttes uten implementering i den ordinære driften. Det kan bl.a. skyldes manglende forståelse og forankring i politisk og administrativ ledelse, og således vegring mot å sikre fremtidig finansiering. Prosjekter kan også slite med forankring og forståelse i tjenesteapparatet for øvrig. Øremerket finansiering utover ordinære driftsrammer kan gi et preg av eksklusivitet og skape misunnelse.



Intensjon bak hverdagsrehabilitering er overbevisende og ulike modeller er prøvd ut og dokumentert i mange kommuner.

Spørsmålet er derfor om det er nødvendig å gå veien om et prosjekt. Dette står selvsagt ikke i motsetning til at også tiltak som implementeres i ordinær drift må følges opp og evalueres.

- **Målgrupper, innhold og varighet av hverdagsrehabilitering:**

Hvilke målgrupper som får tilbud og innholdet som legges inn i hverdagsrehabilitering, vil bl.a. være avhengig av hvilke andre rehabiliteringstilbud som finnes i kommunen. Kommuner med et bredt rehabiliteringstilbud (fysioterapi, innsatsteam, rehabiliteringsavdeling, tilgang til rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten) kan avgrense hverdagsrehabilitering til kortvarig og intensiv trening etter institusjonsopphold eller brått funksjonsfall.

I kommuner med få eller ingen andre rehabiliteringstilbud vil terapeuter ofte måtte arbeide med både spesifikk rehabilitering og hverdagsrehabilitering for de samme brukere. I slike tilfeller er det ofte behov for lengre rehabiliteringsperioder.

Kommuner som har korte rehabiliteringsperioder, påpeker at dette forplikter både rehabiliteringsteamet og brukeren til å arbeide målrettet fra begynnelsen av. Avslutningen planlegges og forberedes helt fra starten av kontakten med brukeren.

Det er en fare at lange vedtaksperioder kan bli en sovepute og at man over tid prøver ut tiltak som ikke nødvendigvis er hensiktsmessig og målrettet.

En viktig forutsetning for gode resultater er at brukerne opprettholder sin trening og aktiviteter etter avslutning av hverdagsrehabiliteringen. Det betyr at man før avslutning kartlegger muligheter for og hjelper brukerne til å benytte seg av:

- Sosiale møteplasser, kontakt med slekt og venner
- Tiltak i regi av frivillige organisasjoner
- Aktuelle treningstilbud (Frisklivsentraler, balansegrupper m.m.)

Noen kommuner har laget oversikter over aktivitets- og sosiale tilbud i kommunen som omfatter både tiltak i kommunal og privat/frivillig regi. Slike oversikter er nyttige i seg selv.

Like viktig er det imidlertid at rehabiliteringsteamene bruker dette aktivt og motiverer brukerne til å bruke de relevante tiltakene. I mange tilfeller er det behov for at teamet følger og er med brukeren på de første besøkene i aktuelle tiltak.

- **Effektivitet:**

Effektivitetskravet til kommunal virksomhet er todelt:

1. Kommunens tilbud skal oppnå resultater (effekter) for innbyggere og brukere
2. Tilbudet skal organiseres på en kostnadseffektiv måte.

Hverdagsrehabilitering forutsetter tverrfaglig samarbeid. Det betyr at medarbeidere med ulik bakgrunn må bringe inn sin kompetanse for å finne fram til og gjennomføre en

rehabiliteringsprosess som er tilpasset brukerens mål. Tverrfaglighet skal således sikre et riktig treningsprogram som bidrar til å oppnå ønskede resultater – økt mestringsevne. Tverrfaglighet er imidlertid ressurskrevende: Ulike faggrupper må samordne sin innsats og sikre at deres tilnærming overfor den enkelte brukeren følger en rød tråd. Alle deltakere i det tverrfaglige arbeidet er viktige for å sikre et godt resultat. Godt fungerende team er preget av respekt for hverandres kompetanse og likeverdighet. Konkurransen og herredømme over definisjonsmakten kan ødelegge mulige synergier i teamets arbeid.

#### Hva må til for å sikre de gode resultatene?

I de fleste kommunene deltar to medarbeidere på kartleggingsbesøket hos brukeren, ofte en terapeut og en sykepleier eller hjemmetrener. Siktemålet med kartleggingsbesøket er å få tak i brukerens aktivitetsproblemer og mestringsmål.

I intervjuene påpeker flere at det er ønskelig at flest mulig av dem som vil være involvert i hverdagsrehabilitering får møte brukeren så tidlig som mulig. Dette sikrer forståelse og kjennskap til brukerens problemer, ressurser, mål og treningsoppgavene/tiltakene som inngår i hverdagsrehabiliteringen.

Et godt samarbeid mellom rehabiliteringsteamene og de instanser som henviser brukere til hverdagsrehabilitering, er en forutsetning for effektiviteten. Samarbeidet er bl.a. viktig for at hverdagsrehabilitering får henvist de rette brukerne – altså brukere som oppfyller inkluderingskriteriene og som har potensial og realistiske ønsker og mål for rehabilitering.

Flere kommuner påpeker at rehabiliteringsteamene har arbeidet mye med brukere som ikke falt inn under inkluderingskriteriene – enten fordi de manglet potensial og realistiske mål, fordi de har omfattende og sammensatte pleiebehov eller fordi de har behov for spesifikk rehabilitering. De fleste teamene tar likevel imot disse brukerne. De vil nødig fremstå som eksklusive og vil prøve ut om hverdagsrehabilitering er mulig. Det er viktig at teamene er opptatt av å avslutte tiltak som gir liten effekt.

Hverdagsrehabilitering er heller ikke egnet for brukere som kun har behov for et enkelt tiltak for å mestre dagliglivet. Hverdagsrehabilitering skal tilbys brukere som har behov for tverrfaglig innsats. Det betyr konkret at ikke nødvendigvis alle førstegangssøkere skal få hverdagsrehabilitering.

En del brukere som kommer fra sykehusopphold (f.eks. etter bruddskader eller med smerter etter operasjoner), trenger å bli bedre før man kan starte treningsaktiviteter. I slike tilfeller er det lite effektivt å sette inn hverdagsrehabilitering for tidlig.

En rød tråd i signalene til og arbeidet med den enkelte brukeren er viktig for å få rask progresjon. Dette kan tilsi at færrest mulig medarbeidere burde involveres i arbeidet med den enkelte (høy kontinuitet). På den annen side kan det være en fordel at flere medarbeidere er inne hos den enkelte. Dette kan åpne for nye løsninger og bedre forståelse for brukerens situasjon og rehabiliteringspotensial. Noen kommenterer også at det kan være en fordel å bytte terapeut eller hjemmetrener i tilfeller der en står fast eller har problemer med å nå fram til brukeren.

Den røde tråden må også sikres ved at medarbeiderne i hverdagsrehabilitering utfører oppgavene mest mulig likt. Dette kan ivaretas ved hjelp av konkrete og detaljerte

beskrivelser av tiltak, arbeidsoppgaver og prosedyrer i fagsystemet. I en kommune skal hjemmetrenerne også utkvittere at oppdragene er gjennomført i henhold til beskrivelsen i tiltaks- eller rehabiliteringsplanen.

#### Hverdagsrehabilitering og kostnadseffektivitet:

Oppdragene i hverdagsrehabilitering er i utgangspunkt mer tidkrevende enn ordinære oppdrag i hjemmetjenesten. Denne innsatsen skal forutsetningsvis gi besparelser på sikt. Innsatsen må imidlertid være målrettet for å forsvare denne tidsbruken.

Flere kommuner understøtter at det er viktig å finne fram til brukerens forutsetninger (problemer og ressurser) og mål så raskt som mulig. Spesielt i kommunene som har egne bestillerenheter, er en smidig arbeidsmåte avgjørende: Henvisningen fra bestillerenhet til hverdagsrehabilitering må skje raskt, uten at bestilleren gjennomfører utredninger og kartleggingen som senere uansett må gjennomføres av rehabiliteringsteamet. For å sikre en smidig og rask oppstart, velger noen kommuner ikke å fatte vedtak i forkant av at hverdagsrehabilitering igangsettes. Det betyr at oppstart (og i noen tilfeller hele rehabiliteringsprosessen), defineres som en utredningsfase i forkant av et eventuelt vedtak.

Hjemmetrenerne/medarbeidere fra hjemmetjenesten er i alle kommuner sentrale i gjennomføring av treningsaktivitetene. Flere terapeuter påpeker at deres bistand overfor hjemmetrenerne, er avhengig av hvor kvalifiserte de er. Hvis hjemmetrenerne trenger mye oppfølging, kan det gi et effektivitetstap. Dyktigheten er avhengig av personlige egenskaper og opplæring i fokus på mestring og f.eks. motiverende samtaleteknikk. Det kan ofte være lurt å satse på personell i hjemmesykepleien og praktisk bistand som i utgangspunkt er motivert.

For å sikre den røde tråden i arbeidet med den enkelte brukeren, må teamet ha gode rutiner for informasjonsutveksling og utvikling av tilnærming og arbeidsmåte. Møteplasser for faglige diskusjoner og utvikling er derfor viktige. Diskusjonene må imidlertid være målrettet for å unngå at møtene blir en tidstyv.

Noen steder fungerer rehabiliteringsteamet godt uten at det er utpekt en formell leder. Uformelt lederskap er imidlertid personavhengig og således sårbart. For å utnytte teamets samlede kapasitet og kompetanse best mulig, kreves det ledelse. I tillegg til ledelse av teamet må det sikres at samarbeidsrelasjoner og grenseoppganger mot andre virksomheter/enheter ivaretas.

## Del III Registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering

Flere evalueringer og rapporter fra prosjekter innen hverdagsrehabilitering kommenterer at det mangler felles redskaper og rutiner for å følge opp ressursinnsats og resultater av hverdagsrehabilitering (jf. kapittel 5).

I tråd med mandatet for prosjektet utarbeidet vi derfor et forslag til registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering.

Utkastet til en slik modell ble i desember 2013 sendt til de 20 kommunene som vi hadde kontakt med i prosjektet. Av disse har 11 valgt å teste ut modellen i perioden fram til 11. april 2014. 8 av de 9 kommunene som ikke har testet ut modellen har i en tilbakemelding begrunnet det:

- 3 kommuner oppgir at de ikke har hatt kapasitet og ikke prioritert tid til å sette seg inn i modellen.
- 3 kommuner har ikke hatt brukere i hverdagsrehabilitering i perioden. Alle disse kommunene er imidlertid positive og vil vurdere å bruke modellen når tilbudet om hverdagsrehabilitering kommer i gang.
- En kommune har et eget opplegg for oppfølging av hverdagsrehabilitering.
- En kommune opplyser at den ikke har tilgang til de dataene som modellen forutsetter registrert. Dette gjelder spesielt dokumentasjon/registrering av tidsinnsatsen.

Alle 11 kommuner som har testet modellen har også valgt å sende oss en kopi av de dataene som ble registrert i testperioden. Noen kommuner har ikke bare registrert brukere som startet hverdagsrehabilitering i testperioden, men har også lagt inn data for brukere som startet sin rehabiliteringsperiode så langt tilbake som i juni 2013. Likevel tilsier den korte perioden og få brukere i mange kommuner selvsagt at dataene ikke viser representative resultater. Uttestingen gir imidlertid grunnlag for å vurdere om modellen er egnet for løpende registrering og oppfølging av hverdagsrehabilitering. Uttestingen har avslørt noen svakheter som vi søker å bøte på i en ny versjon.

I denne delen beskriver vi først oppbyggingen av modellen som ble sendt ut til kommunene (kapittel 8). I kapittel 8 presenterer vi også noen tall fra registreringene i én av kommunene. Vi velger ikke å opplyse hvilken kommune disse tallene kommer fra, i og med at tallene er basert på en kort periode og få brukere. Presentasjonen kan likevel illustrere hvilke resultater det vil være mulig å få ut av modellen.

I kapittel 9 oppsummerer vi tilbakemeldingene som vi mottok fra de 11 kommunene etter uttestingen. Kommunenes tilbakemeldinger gir grunnlag for en del endringer i modellen. En ny versjon av modellen blir lagt ut på [www.ks.no/hverdagsrehabilitering](http://www.ks.no/hverdagsrehabilitering) og [www.hverdagsrehabilitering.no](http://www.hverdagsrehabilitering.no).

## 8 Oppbygging av registrerings- og beregningsmodellen (testversjon)

### 8.1 Grunnlaget for en beregningsmodell

#### 8.2.1 Brukerark

Hovedhensikten med modellen er å dokumentere utviklingen av ressursinnsatsen og resultater i løpet av og etter avsluttet rehabiliteringsprosess.

Kjernen i modellen er derfor et ark for hver bruker der det kan registreres:

#### Kommunens ressursinnsats

Evalueringer og analyser i Sverige og Danmark søker å dokumentere resultater i økonomiske besparelser. Også en modell utviklet av Kristiansand i forbindelse med Sørlandssamarbeidet, beregner økonomiske konsekvenser av hverdagsrehabilitering.

Den viktigste ressursinnsatsen er knyttet til personaltimer. I modellen som ble sendt utvalgskommunene ble det derfor lagt opp til en registrering av antall timer per uke som kommunale tjenester bruker hhv. før, under og etter avslutning av hverdagsrehabilitering.

Mange som får tilbud om hverdagsrehabilitering har ikke hatt hjelp fra kommunale tjenester tidligere. Det kan dreie seg om helt nye brukere eller brukere som blir utskrevet fra sykehus eller et rehabiliteringsopphold. Vi har anbefalt at kommunene for disse brukere anslår hvor mye hjelp de ville fått fra hjemmetjenesten, dersom vedkommende ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering.

#### Resultater ift. brukernes funksjons- og mestringsevne

I modellen som ble sendt kommunene ble det lagt opp til registrering av følgende kartlegginger, i tråd med redskapene som mange kommuner har opplyst at de benytter:

- Brukerens opplevelse av mestring:  
Opplever brukeren en bedring av sin evne til å mestre de aktivitetene som det var målet å styrke?  
Kartleggingen ved hjelp av **COPM** kan gi et grunnlag for å vurdere dette.<sup>8</sup> Alternativt kan det gjennomføres skreddersydde brukerundersøkelser.
- Utvikling av brukerens funksjonsnivå:  
Har hverdagsrehabilitering bidratt til å bedre funksjonsnivå eller stoppe/bremse forverring av funksjonsnivået?  
Mange kommuner benytter **SPPB** for å kartlegge fysisk funksjonsnivå til brukere i hverdagsrehabilitering.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er en metode som er utviklet for å kartlegge brukerens vurdering av sin evne til å gjennomføre ulike aktiviteter – og å vurdere hvor mye evnen/manglende evne til å gjennomføre disse aktivitetene, betyr for brukeren. Kartleggingen tar utgangspunkt i inntil fem aktiviteter som brukeren selv anser som viktigst å mestre. COPM kan brukes i kartleggingen før og i evalueringen underveis og etter gjennomført rehabilitering. (Kjeken I. og Sand-Svarterud A.L. 2012) Kommunen som har fått tilskudd til hverdagsrehabilitering fra Helsedirektoratet i 2013, skal dokumentere resultatene ved hjelp av COPM.

<sup>9</sup> SPPB (Short Physical Performance Battery) består av tre elementer, hhv. statisk balanse, gangtest og reise-seg-test (<http://legeforeningen.no>). I likhet med COPM er SPPB blitt testet i forhold til validitet og reliabilitet i mange store studier.

I henhold til IPLOS-forskriften skal kommunene jevnlig foreta en kartlegging av alle brukere av helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen omfatter 15 *activities of daily living* (ADL). Vi har valgt å ta med **IPLOS' ADL-kartlegging**, selv om vi er klar over innvendingen at ADL-score er lite egnet som grunnlag for planlegging av tiltak i en rehabiliteringsprosess.

Det er selvsagt ikke noe i veien for å bytte ut eller supplere disse redskapene. For én av kommunene som ønsket det, har vi lagt inn funksjonsmåling COOP/WONCA i modellen.<sup>10</sup>

I tillegg tok vi etter innspill fra en kommune med noen spørsmål om brukernes tilfredshet med rehabiliteringsprosessen:

- Hvor tilfreds er du med støtten du fikk i hverdagsrehabiliteringen?
- Mestrer du aktivitetene som du ønske å få til i større grad etter rehabiliteringen?
- (Ved evaluering en stund etter avsluttet prosess) Har du klart å opprettholde aktivitetene etter at hverdagsrehabiliteringen ble avsluttet?

### **Registrering i brukerarkene**

I testversjonen av modellen var det lagt opp til registreringer på følgende tidspunkt:

- Kartlegging av tidsbruk og funksjons-/mestringsevne før/ved oppstart av rehabiliteringsperioden og gjennomsnittlig timeinnsats i perioden,
- Kartlegging av tidsbruk og funksjons-/mestringsevne ved avslutning av hverdagsrehabilitering,
- Kartlegging av tidsbruk og funksjons-/mestringsevne f.eks. 3 måneder etter avslutning av hverdagsrehabilitering.

Vi understreket at den enkelte kommunen selv må ta stilling til hvilke opplysninger som registreres og når. Modellen skal først og fremst være et nyttig verktøy for å dokumentere det som den enkelte kommunen har behov for å få dokumentert.

Noen kommuner har eksempelvis valgt å registrere tidsbruk i rehabiliteringsperioden for de ulike fag-/yrkesgruppene hver for seg, mens andre har valgt å registrere et samlet antall timer per uke for alle fag-/yrkesgrupper.

Også når det gjelder kartlegging av funksjons-/mestringsevne understreket vi at kommunene må velge selv hvilke redskaper som de vil bruke.

Kommuner som ønsker å utveksle erfaringer og resultater i et nettverkssamarbeid bør bli enige om hvilke opplysninger som registreres på hvilke tidspunkter.

---

<sup>10</sup> I COOP/WONCA bes brukeren om å beskrive fysisk form, følelsesmessig problem, daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter de siste to ukene, om helsen har blitt bedre eller dårligere i de siste to ukene og en samlet vurdering av egen helsetilstand. Alle disse elementene registreres etter en femdelt skala (1 = intet problem/godt, 5 = stort problem/dårlig).

### 8.2.2 Sammenstilling

I modellen som vi sendte ut la vi opp til at brukerarkene settes sammen, slik at kommunen får en samlet oversikt over ressursinnsats (antall timer) og utvikling av funksjons-/mestringsevne for alle brukere som er registrert.

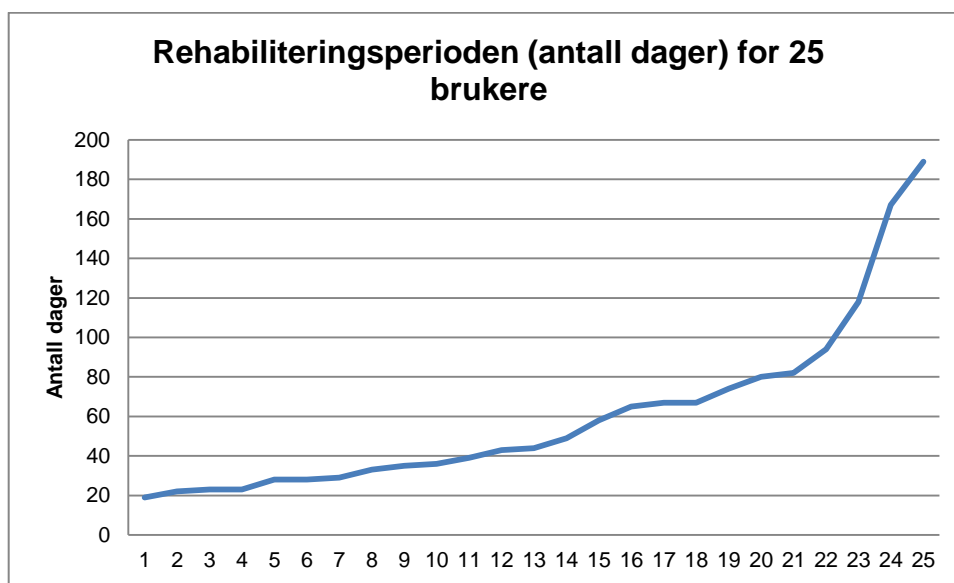
Det viste seg at denne sammenstillingen fungerte dårlig. Den forutsetter at kommunene er svært konsekvente med hensyn til når og hvilke data som de registrerer for alle brukere.

Dette har ikke vært tilfelle. Få kommuner har registrert de samme opplysningene for alle brukere både før, under og etter rehabiliteringsperioden. Sammenstillingen ga derfor bare for en av de 11 kommunene en rimelig god og tilforlataelig oversikt (jf. nærmere i kapittel 9 nedenfor).

### 8.2 Hva er det mulig å få ut av modellen? – en illustrasjon

For å illustrere hva modellen kan dokumentere bruker vi tallene fra en av kommunene som har testet ut modellen.

Denne kommunen har registrert tall for 25 personer som har fått tilbud om hverdagsrehabilitering. For alle disse er rehabiliteringsprosessen avsluttet etter gjennomsnittlig 60 dager (2 måneder). Figuren nedenfor illustrerer at rehabiliteringsperiodene i denne kommunen er individuelle: De tilpasses den enkelte brukeren og kan ta fra 19 dager til 189 dager (vel 6 måneder).



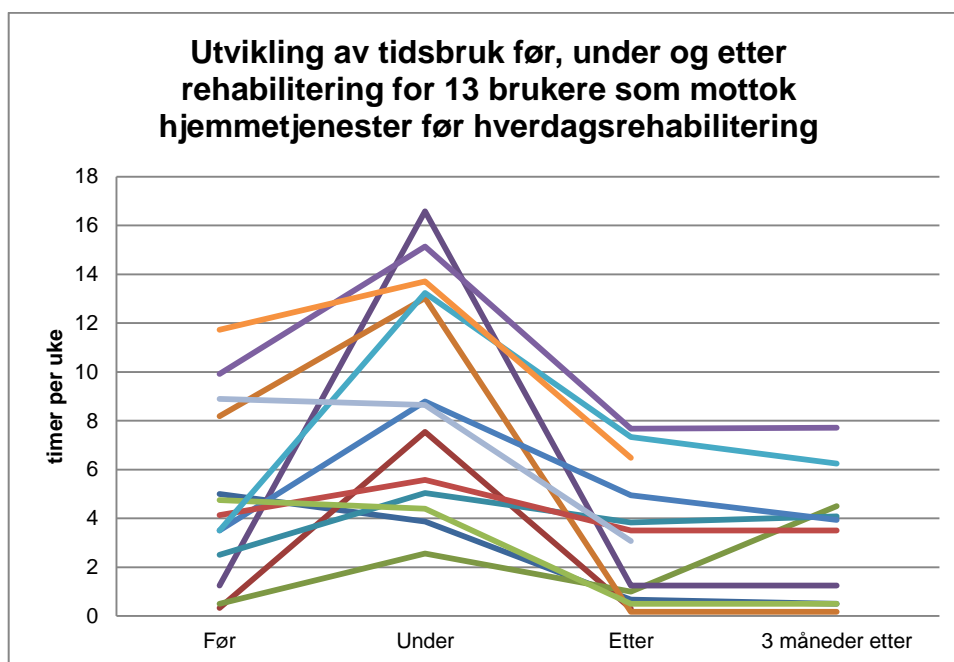
Kommunen har registrert en gjennomsnittlig ressursbruk (direkte brukerrettede timer) i rehabiliteringsperioden på 7,9 timer per uke. Etter avsluttet hverdagsrehabilitering mottar brukerne hjelp fra hjemmetjenesten på gjennomsnittlig 2,0 timer per uke. 7 av de 25 brukere hadde ikke behov for bistand fra hjemmetjenesten etter rehabiliteringsperioden.

For brukere som ble utskrevet fra sykehus eller korttids-/rehabiliteringsopphold, har kommunen ikke anslått hvor mange timer hjelp de ville hatt behov for, dersom de ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering.

13 brukere har fått hjelp fra hjemmetjenesten før rehabiliteringsperioden i gjennomsnittlig 4,9 timer per uke. I rehabiliteringsperioden var den gjennomsnittlige innsatsen overfor disse brukere på 9,1 timer per uke. Etter avsluttet hverdagsrehabilitering mottok disse brukere 3,1 timer hjelp per uke.

For 10 av disse brukere har kommunen også kartlagt omfanget av hjelp 3 måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering. For disse brukere er hjelpen i gjennomsnitt økt uvesentlig, fra 3,1 timer per uke rett etter til 3,2 timer per uke tre måneder etter hverdagsrehabilitering.

Figuren nedenfor illustrerer utviklingen i tidsbruken for de 13 brukere som har hatt hjelp fra hjemmetjenesten før hverdagsrehabilitering:



Vi finner ingen sammenheng mellom lengden av rehabiliteringsperioden og antall timer som brukerne får per uke, verken før, under eller etter hverdagsrehabilitering. Det betyr at det ikke nødvendigvis er de tyngste brukere (brukere med mange timer bistand per uke) som har de lengste rehabiliteringsperiodene.

Kommunen har foretatt en COPM-kartlegging for 24 av de 25 brukere både ved oppstart og ved avslutning av hverdagsrehabilitering. Kartleggingen viser en betydelig forbedring:

- Gjennomsnittlig score for utførelse er økt fra gjennomsnittlig 2,5 ved oppstart til 7,8 ved avslutning.
- Score for tilfredshet er økt fra 2,4 til 7,6.

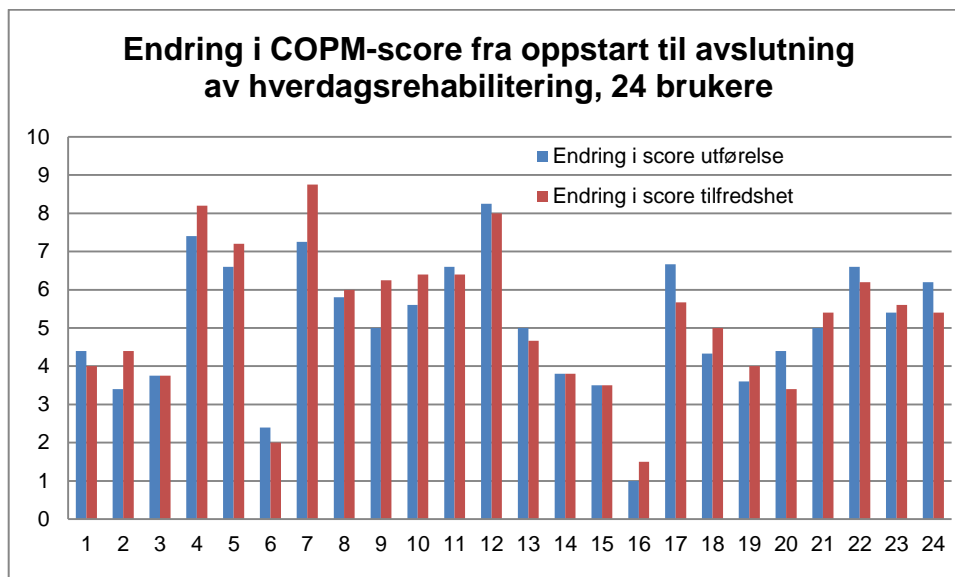
For 18 brukere har kommunen gjennomført SPPB-kartlegging både før og etter hverdagsrehabilitering. Gjennomsnittlig score for disse brukere er økt fra 5,8 til 8,9.

For 22 brukere med ADL-registrering (IPLOS) før og etter hverdagsrehabilitering er gjennomsnittet forbedret fra et funksjonsnivå på gjennomsnittlig 2,1 til 1,7.

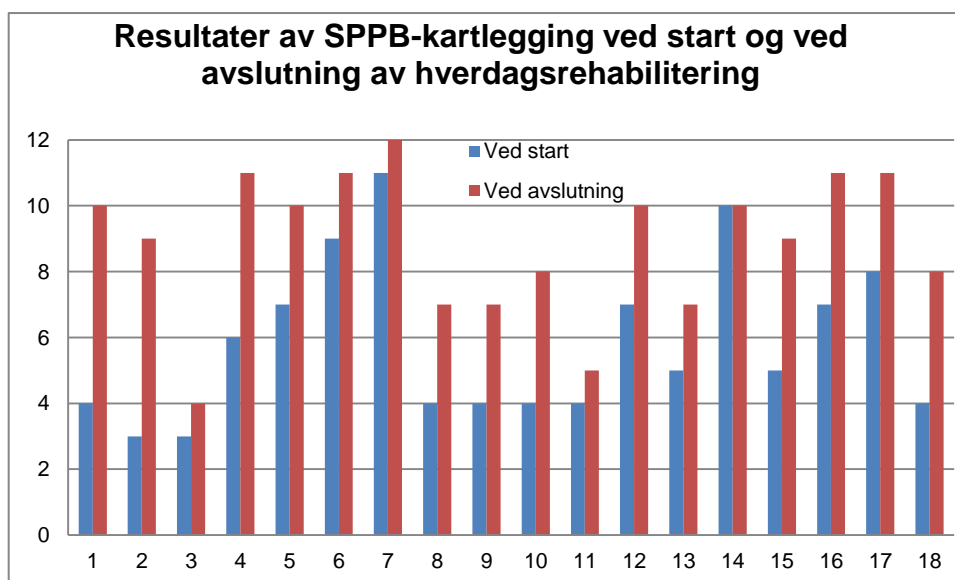


Kartleggingene viser at alle som har gjennomført COPM -kartleggingen før og etter hverdagsrehabilitering, har forbedret sin mestringssevne og funksjonsnivå.

Endringene i mestringssevne og funksjonsnivå varierer imidlertid mellom brukerne som figuren nedenfor viser. Figuren illustrerer også at det er en nær sammenheng mellom utviklingen i brukernes vurdering av utførelse og tilfredshet:



Figuren nedenfor viser at de fleste brukere forbedrer score i SPPB-kartleggingen fra start til avslutning av hverdagsrehabilitering. Bare en bruker, bruker nr. 14, har uendret (dog høyt) score.



### En konklusjon

Kommunen som vi har valgt å presentere noen tall fra, utmerker seg ved at registreringene er systematiske og fullstendige.

Tallene for denne kommunen viser at kommunens ressursinnsats reduseres etter rehabiliteringsperioden. Selv om utvalget er lite tyder tall for 10 brukere på at mange opprettholder mestringsevnen og har fortsatt behov for mindre tjenester tre måneder etter hverdagsrehabilitering, enn de hadde før rehabiliteringsprosessen.

Kartleggingsredskapene som kommunen benytter viser en betydelig økning i mestringsevne og funksjonsnivå for de fleste brukere som har fått hverdagsrehabilitering.

## **9 Erfaringer med testversjonen og justering av registrerings- og beregningsmodellen**

### **9.1 Erfaringer ved uttesting av modellen**

I dette avsnittet oppsummerer vi tilbakemeldinger som vi har fått fra kommunene som har testet ut modellen og det vi har konstatert etter å ha gått gjennom registreringene fra disse kommunene.

#### **Kommunenes generelle vurderinger:**

10 av de 11 kommunene som har testet modellen kommenterer at den hjelper til å systematisere opplysninger som kommunene har behov for. En av kommentarene lyder: «*Vi synes modellen er veldig bra og har tenkt å bruke den fremover fremfor å lage vårt eget dokumentasjonsverktøy. Den er absolutt ikke for arbeidskrevende og gir god struktur og oversikt over resultatene.*»

Flere kommenterer at:

- Modellen kan virke omfattende og skremmende ved første øyekast. – Dette ser først og fremst ut til å gjelde veiledningen som ble sendt sammen med modellen og sammenstillingen. Brukerarkene er rimelig selvforklarende.
- Uttesting av modellen har ført til at kommunen må arbeide med sine rutiner for når og hva som registreres. Dette gjelder rutinene for registrering av både timeinnsats og redskapene for kartlegging av brukernes funksjonsnivå/mestringsevne.
- Alle kommuner som er med i følgeevalueringen i regi av Senter for omsorgsforskning Vest/Charm ønsker at modellen samordnes med de dokumentasjonskravene som stilles i følgeevalueringen.

Vi er enige i at forsøket med å lage en sammenstilling som skulle gi en oversikt over tidsbruk og resultater for alle brukere, var det vil kalle for et «optimistisk feilskjær». Samtidig illustrerer dette at mange kommuner bør utvikle sine rutiner. For å sikre en god samlet dokumentasjon bør man i den enkelte kommunen eller i samarbeid med andre kommuner, bli enig om hva som skal registreres til hvilke tidspunkter.

I kapittel 9.2 foreslår vi en betydelig forenkling av sammenstillingen.

Også spørsmålet om samordning med kravene som følgeevalueringen stiller, drøftes nærmere i kapittel 9.2.

## **Kommunenes tilbakemeldinger og vår vurdering av registreringene i brukerarkene:**

Kommunenes tilbakemeldinger tyder på at registrering av timeinnsatsen volder størst problemer. Noen kommuner har ikke faste rutiner for å registrere antall timer per uke før, under og etter rehabiliteringsperioden. Andre peker på at det er spesielt problematisk å registrere antall hjelpetimer før hverdagsrehabilitering. Det pekes bl.a. på at antall timer hjelp som brukerne har mottatt før hverdagsrehabiliteringen ikke gir et riktig bilde av hvilke behov for hjelp disse brukerne hadde i utgangspunkt.

Flere kommuner kommenterer i sin tilbakemelding at uttesting av modellen, har vist at de må være mer bevisste og konsekvente på bruk av kartleggings-/testredskaper.

Etter å ha gått gjennom registreringene fra de 11 kommunene, er det tydelig at registreringen av timeinnsatsen i mange tilfeller, er ufullstendig og/eller lite konsekvent.

Nærmere om de enkelte delene i brukerarkene:

- **Tidsbruk før/ved starten av hverdagsrehabilitering:**

Flere kommuner har mange brukere som det ikke er registrert hjelpetimer for før/ved start av rehabiliteringsperioden. Dette er ofte brukere som kommer fra sykehus eller rehabiliterings-/korttidsopphold. En annen kommune har ført inn antall vedtakstimer som er lagt inn i vedtaket om hverdagsrehabilitering. Det betyr at disse kommunene ikke har anslått tidsbruk for alternativ hjemmetjeneste – altså antall hjelpetimer en regner med brukeren ville fått, dersom vedkommende ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering.

For å illustrere utviklingen av ressursinnsatsen fra før, til under og etter rehabiliteringsperioden, ville det være en fordel å estimere hvor mye hjelp fra hjemmetjenesten brukeren ville hatt behov for.

I en kommune estimeres ikke bare hvor mye hjelp brukeren ville måtte få fra hjemmetjenesten uten hverdagsrehabilitering, men også i hvor mange uker en regner med at denne hjelpen ville bli gitt. Vi kommenterer dette nærmere i kapittel 9.2.

En kommune kommenterer at modellen bare gir mulighet til å registrere uketimer for hjemmesykepleie og praktisk bistand, ikke hjelp/bistand fra andre yrkesgrupper.

- **Tidsbruk i rehabiliteringsperioden:**

Testversjonen åpnet for at antall timer per uke i rehabiliteringsperioden kan registreres for hver av de involverte fag-/yrkesgruppene eller registreres samlet. Flere kommenterer at denne valgfriheten er positiv. Følgeevalueringen for kommunene som har mottatt statstilskudd i 2014, krever imidlertid en fordeling mellom ulike personalgrupper (jf. kapittel 9.2 nedenfor).

Vi konstaterer også at det i noen kommuner og for noen brukere ikke er registrert hjelp fra hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og praktisk bistand) som brukere får i løpet av rehabiliteringsperioden. I noen kommuner er dette riktig, i og med at rehabiliteringsteamet har ansvar for brukeren i rehabiliteringsperioden uten at det ytes parallelle, samtidige tjenester fra hjemmetjenesten. I andre kommuner gir dette misvisende tall for ressursinnsatsen i rehabiliteringsperioden.

- **Registrering av resultatene fra kartlegging av brukernes funksjonsnivå/mestringsevne:**

Selv om de fleste kommunene opplyser at de bruker/skal bruke COPM og SPPB, finner vi mange hull i kommunenes registreringer.

Noen av disse hullene er kommentert i brukerarkene. For eksempel vil brukere som ikke er i stand til å prioritere aktiviteter og/eller tallfeste/skilte mellom utførelse og tilfredshet i COPM-kartleggingen, rimeligvis falle ut.

Likevel finner vi i mange kommuner at brukere har fått registrert resultater enten før eller etter hverdagsrehabiliteringsperioden, men ikke samme type informasjon: Ofte blir kartleggingene ikke gjennomført både før og etter rehabiliteringen.

Systematisk bruk av redskapene er en forutsetning for å kunne dokumentere resultater over tid!

- **Spørsmål om brukernes opplevelse/tilfredshet med rehabiliteringsprosessen:**

I testversjonen la vi inn to spørsmål om brukernes tilfredshet med og opplevelse av rehabiliteringsprosessen og ett spørsmål om vedlikehold av mestringsevnen etter prosessen.

Ingen av kommunene som har testet ut modellen har brukt disse spørsmålene konsekvent for alle brukere som avsluttet rehabiliteringsperioden. Flere har imidlertid spurt noen brukere, og flere kommenterer at de kan tenke seg å stille spørsmålene til brukere etter hverdagsrehabilitering fremover.

Vi har mottatt noen kommentarer som vi støtter og understreker:

- En viktig innvending er at spørsmålene ofte stilles av de samme medarbeidere som har støttet brukeren i løpet av prosessen. Det betyr at kommunene må være varsomme med å bruke tilbakemeldingen når de samme personene som har vært involvert i prosessen som stiller spørsmålene. Likevel: Spørsmålene kan invitere til en samtale om gjennomføring og resultater av rehabiliteringsprosessen.
- Vi understreker at spørsmålene må tilpasses det som den enkelte kommunen ønsker å få dokumentert. En kommune kommenterer at det er viktig å få brukerne av hverdagsrehabilitering til å sette seg nye mål etter avslutning. I en evaluering vil det da være et poeng å få en tilbakemelding om hvorvidt disse nye målene er nådd.

- **Retesting etter avslutning av hverdagsrehabilitering og evaluering en tid etter rehabiliteringsperioden:**

I flere tilbakemeldinger kommenteres at retesting og evaluering, krever mye tid. Dette oppgis som årsak til at det ikke er foretatt de samme kartleggingene av funksjonsnivå/mestringsevne for alle brukere både før og etter avslutning av rehabiliteringsperioden – og i enda mindre grad ved en evaluering f.eks. 3 måneder etter avslutning av hverdagsrehabilitering.

Tidsbruken til dokumentasjon av resultater må selvsagt avveies mot kostnadene som dette innebærer. Det er imidlertid problematisk når registreringene er såpass ufullstendige at de ikke kan dokumentere utviklingen av ressursinnsats og funksjonsnivå/mestringsevne. Etter vår oppfatning kan det da være mer hensiktsmessig å redusere antall tester/kartlegginger, men sikre at disse gjennomføres konsekvent.

## 9.2 Endringer i en revidert registrerings- og beregningsmodell for hverdagsrehabilitering

Registrerings- og beregningsmodellen skal først og fremst være et redskap for å systematisere opplysninger som kommunene selv har bruk for i sin oppfølging av hverdagsrehabilitering.

For å sikre dette, har vi lagt vekt på en enkel utforming av modellen. De fleste er rimelig fortrolige med å bruke excel – eller de kan få hjelp av noen i kommunen som er det.

Vi har også understreket at kommunene kan tilpasse opplysningene som de ønsker å registrere: Ikke alle registreringsmuligheter i modellen må brukes. Etter uttestingen vil vi moderere denne oppfordringen noe: Kommunene bør velge hvilke opplysninger som de ønsker å registrere – men vi oppfordrer sterkt til at de valgte opplysningene registreres konsekvent, både for de ulike brukerne og for den enkelte brukeren over tid (før, under og etter rehabiliteringsperioden).

I en revidert versjon av modellen vil vi holde fast ved disse intensjonene. Innspillene fra kommunene som har testet modellen, gir grunnlag for noen justeringer:

### 9.2.1 Tilpasning til kravene fra følgeevalueringen for Helsedirektoratet

Av hensyn til framdriftsplanen sendte vi ut testversjonen av modellen i desember 2013. Dette var rett etter oppstarten av følgeevalueringen som Senter for omsorgsforskning Vest og Charm gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet. De ansvarlige for følgeevalueringen har først i etterkant bestemt hvilke opplysninger kommunene som deltar i evalueringen, skal registrere.

Følgeevalueringen omfatter alle kommuner som har fått statstilskudd til utvikling/innføring av hverdagsrehabilitering, i alt rundt 40 kommuner.

Det er derfor naturlig at kommunene som har vært med i prosjektet og som deltar i følgeevalueringen, ønsker at en revidert registrerings- og beregningsmodell fanger opp de opplysningene som forskerne forventer registrert.

I følgeevalueringen forutsettes bl.a. følgende dokumentasjon for personer som får tilbud om hverdagsrehabilitering og for personer i kontrollgrupper:

- Omfanget av hverdagsrehabilitering og av det som er det som defineres som «standard behandling» (tradisjonelle hjemmetjenester og rehabiliteringstilbud) for personer i kontrollgruppen skal registreres i egne skjemaer for hver bruker. Registreringen og innrapporteringen skal skje ukentlig i seks måneder.  
De individuelle ukentlige skjemaene inneholder to tabeller:
  - Den første tabellen beskriver hyppighet av intervensjonen/hjelpen (flere ganger per døgn, en gang per dag, 4-6 ganger per uke, 2-3 ganger per uke, en gang per uke eller hver 14. dag).
  - Den andre tabellen beskriver gjennomsnittlig tid som fagutøveren/hjelperen er til stede i brukerens hjem ved hvert besøk (1-10 min., 11-19 min., 20-39 min., 40-59 min. og mer enn 60 minutter).

I tabellene forutsettes at hyppighet og gjennomsnittlig tidsbruk per besøk skiller mellom ulike yrkesgrupper.

- Følgeevalueringen forutsetter at kommunene foretar registrering/kartlegging av COPM, SPPB og ADL for alle brukere av hverdagsrehabilitering og personer i kontrollgruppen hhv. ved oppstart av hverdagsrehabilitering, 10 uker etter oppstart, 6 måneder etter oppstart og 12 måneder etter oppstart.
- Følgeevalueringen har også valgt å bruke en spørsmålskatalog (SOC-13) som beskriver brukernes opplevelse av hvordan de mestrer sitt liv. SOC (Sense of coherence) søker å kartlegge i hvilken grad respondentene opplever og legger vekt på forhold som bidrar til mestring av dagliglivet (salutogene forhold) – eller forhold som svekker helse og mestringsevne (patogene forhold).

### **Drøfting:**

Behovet for styringsinformasjon i kommunene er som regel ikke sammenfallende med dokumentasjon som innhentes til forskningsformål. Mens kommunene trenger rapporter som dokumenterer forholdet mellom ressursinnsats og resultater i egen kommune på forholdsvis kort sikt, er forskning opptatt av sammenhenger mellom tiltak, ressursinnsats og resultater på lengre sikt og på tvers av kommunene.

Vi mener at denne forskjellen illustreres tydelig i dette prosjekt: Registreringene som kommunene gjennomfører for følgeevalueringen gir mulighet til sammenligninger mellom personer som har fått tilbud om og personer som ikke har fått hverdagsrehabilitering.

Dette krever imidlertid omfattende, ukentlige og langvarige registreringer for mange brukere. Etter vår oppfatning (og erfaring) er det lite sannsynlig at kommunene, vil etablere rutiner for slik omfattende og løpende registrering etter følgeevalueringen.

Vi har imidlertid innarbeidet noen av elementene fra følgeevalueringen i en revidert modell:

- Testversjonen av modellen som vi sendte ut til utvalgs kommunene, ga mulighet til å skille mellom noen **tjeneste-/yrkesgrupper** – men åpnet også for at kommunene kunne registrere samlet timeinnsats for alle yrkesgrupper.

Registreringskravene i følgeevalueringen skiller mellom følgende yrkesgrupper:

1. Hjemmehjelp/assistent
2. Sykepleier
3. Hjelpepleier/helsefagarbeider
4. Psykisk helsearbeider
5. Ergoterapeut
6. Fysioterapeut
7. Vernepleier
8. Aktivitør
9. Student/lærling/elev
10. Andre

I vår reviderte versjon av registerings-/beregningsmodell legger vi inn den samme grupperingen som brukes i følgeevalueringen.

Men vi understreker at modellen fortsatt gir mulighet til å registrere samlet ressursinnsats per uke, uten at den fordeles mellom ulike tjenester/yrkesgrupper.

- **Tidspunkter for registrering/kartlegging:**

I testversjonen av modellen la vi opp til en registrering av timeinnsats og resultater av ulike kartlegginger ved oppstart, under, etter hverdagsrehabilitering og tre måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering. Vi antar fortsatt at dette er viktige tidspunkter for oppfølging og vurdering av hverdagsrehabilitering i den enkelte kommunen:

Varighet av hverdagsrehabilitering varierer betydelig.

I den enkelte kommunen er man først og fremst opptatt av å kartlegge ressursinnsats og brukerens mestringsevne ved oppstart, under, rett etter og f.eks. 3 måneder etter rehabiliteringsperioden.

Følgeevalueringen må kontrollere for variasjonen i rehabiliteringsperiodene mellom kommunene. Dette gjør at følgeevalueringen forutsetter kartlegginger ved oppstart og hhv. 10 uker, 6 måneder og 12 måneder etter oppstart av intervensjonsperioden. I mange kommuner og tilfeller vil rehabiliteringsperioden gå utover kartleggingen som følgeevalueringen forutsetter foretatt etter 10 uker.

I den reviderte modellen legger vi til rette for at kommunene kan registrere både timeinnsats og resultater av kartlegging av mestring/funksjonsnivå fleksibelt:

- Alle brukere kartlegges både ift. ressursinnsats og funksjons-/mestringsevne før/ved oppstart, i løpet av, og ved avslutning av rehabiliteringsprosessen.
- Modellen gir også mulighet for å registrere ressursinnsats og funksjons-/mestringsevne i tråd med de tidspunktene som følgeevalueringen forutsetter.

Fortsatt skal det imidlertid være mulig for den enkelte kommunen å tilpasse hvilke opplysninger som registreres når til deres egne behov. Dette gjelder spesielt de kommunene som ikke omfattes av følgeevalueringen.<sup>11</sup>

- Modellen legger opp til å bruke de samme redskapene for **kartlegging av brukernes funksjons-/mestringsevne** som følgeevalueringen (COPM, SPPB og ADL-kartlegging iht. IPLOS).

I tillegg forutsetter følgeevalueringen at brukere stilles spørsmål iht. SOC-13. Forskerne påpeker at dette er en kartlegging som kan beskrive endringer i brukernes opplevelse av mestring i vid forstand. SOC-13 inneholder rimelig nærgående spørsmål som det antakelig ikke er naturlig å bruke i en løpende registrering/kartlegging utover følgeevalueringen.

I den reviderte modellen åpner vi likevel for at kommunene kan registrere brukerens svar på spørsmålene i SOC-13 – eller at de kan stille andre spørsmål som kommunen synes er relevant å få brukernes tilbakemelding på.

På nytt: Spørsmålene i gruppe 6 i brukerarket i modellen må kommunene for all del tilpasse og endre. Spør om det dere synes at det er viktig å få tilbakemeldinger på i deres kommune!

---

<sup>11</sup> For å understreke dette, har vi skrevet overskriftene i kolonnene for evaluering/retesting i modellen med rød skrift. Kommunene kan endre disse overskriftene og tilpasse evalueringstidspunktene til sine egne behov og ønsker.

## 9.2.2 Endringer i modellen som følge av tilbakemeldinger og erfaringer fra testkommunene

I tillegg til tilpasningen til følgeevalueringens krav i avsnittet ovenfor, inneholder den reviderte modellen følgende endringer:

### Endringer og presiseringer i brukerarkene

- Brukerarkene i den reviderte modellen inneholder en brukeridentifikasjon (f.eks. ID i IPLOS) og om ønskelig navn/initialer.

Testversjonen var utarbeidet slik at kommunene kunne sende aidentifiserte opplysninger til oss. Derfor la testversjonen opp til at kommunene kunne identifisere enkeltbrukerne i et eget ark i modellen, mens brukerarkene var fullstendig anonymiserte.

I en modell som skal brukes internt i den enkelte kommunen, må brukerne i hvert brukerark kunne identifiseres gjennom et brukernummer og eventuelt navn/initialer.

Denne endringen innebærer at kommunen kan registrere alle opplysninger som de ønsker i en egen fil for hver bruker.

Kommunene kan da overføre data fra disse enkeltfilene til en samlet fil som gir grunnlag for å dokumentere ressursinnsats og beskrive resultater når kommunen måtte ønske det (f.eks. etter et kvartal, tertial eller i løpet av året).<sup>12</sup>

- Flere kommuner har i uttestingen ønsket eller selv lagt inn flere bakgrunnsopplysninger om brukerne. Dette gjelder bl.a. opplysninger om distrikt/område, kjønn og alder. Den reviderte modellen åpner for å registrere disse opplysningene.
- Når det gjelder registrering av ressursinnsats før/ved start av hverdagsrehabilitering, understreker vi at det kan legges inn enten:
  - Faktisk ytt hjelp for brukere som har fått hjelp fra hjemmetjenestene før de fikk tilbud om hverdagsrehabilitering, eller
  - Et estimat på hvor mye hjelp fra hjemmetjenestene som brukeren ville fått, dersom vedkommende ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering.
- En kommune har også lagt inn et estimat for i hvor lang tid brukeren ville fått hjelp fra hjemmesykepleien, dersom vedkommende ikke hadde fått tilbud om hverdagsrehabilitering.

Dette gir en mulighet for å beregne effekten av hverdagsrehabilitering for kommunens ressursbruk: Antall timer estimert hjelp per uke multiplisert med antall uker som brukeren ville fått hjelp, kan settes opp mot antall timer bistand i hverdagsrehabilitering og antall timer hjelp fra hjemmetjenesten etter rehabiliteringsperioden.

Den reviderte modellen legger opp til at et estimat for hvor lenge brukeren ville hatt behov for hjemmetjenester uten hverdagsrehabilitering, kan registreres.

Dette er lagt inn som en mulighet sammen med andre bakgrunnsopplysninger.

---

<sup>12</sup> Dette svarer bl.a. på kommentarer fra en av testkommunene: I kommuner med mange brukere er det problematisk å samle opplysningene for alle brukere i én fil. Sammenstillingen vil da omfatte mange ulike brukere – både de som har fått tilbudet og som retestes, brukere som nettopp har avsluttet, brukere som har startet og brukere som får tilbud om hverdagsrehabilitering.



Selv om denne opplysningen er relevant, vil den ofte være preget av betydelig skjønn. I tvilstilfeller vil en lett kunne ende opp med at brukeren trenger bistand fra hjemmetjenesten i all tid fremover (52 uker). Dette kan da gi tilsynelatende svært gode resultater av hverdagsrehabilitering.

Derfor er registrering av estimert lengde av behovet for hjemmetjenester lagt inn som en mulighet, men ikke som en av de opplysningene som vi anbefaler at alle kommuner burde registrere.

- I kolonnen for ressursinnsatsen i rehabiliteringsperioden presiseres i den reviderte modellen at gjennomsnittlig antall timer per uke, bør registreres. Det samlede antall timer kan beregnes i sammenstillingsarket ved å multiplisere gjennomsnittlig antall timer per uke med lengden av rehabiliteringsperioden.
- Tidspunktene for evaluering/retesting er lagt inn i tråd med forutsetningene i følgeevalueringen. Kommunene kan imidlertid endre disse tidspunktene. Flere kommuner foretar en evaluering/retest tre måneder etter avsluttet rehabiliteringsperiode.
- Også personalgruppene som det registreres timeinnsatsen for, er samordnet med inndelingen som følgeevalueringen legger til grunn. Vi understreker at det er opp til kommunene om de vil fordele timeinnsatsen mellom ulike personalgrupper, eller om de vil registrere antall timer for alle personalgrupper samlet.
- I tillegg til kartleggingene i den første versjonen (COPM, SPPB og ADL/IPLOS) er etter ønske fra noen kommuner, også COOP/WONCA lagt inn.

Vi understreker at alle disse kartleggingene, er en mulighet. Det er ikke noe krav om at alle disse redskapene skal brukes. Erfaringen fra uttesting av modellen tilsier heller tvert imot: Velg noen redskaper som gir mening i den enkelte kommunen, men bruk disse redskapene konsekvent ved oppstart, avslutning og evaluering av hverdagsrehabilitering!

Kommuner som ønsker å utveksle erfaringer og resultater, f.eks. i et nettverk, bør bli enige om hvilke kartlegginger som gjennomføres på hvilke tidspunkter.

- Den reviderte modellen inneholder fortsatt tre spørsmål som kan stilles for å kartlegge brukerens opplevelse og tilfredshet med hverdagsrehabilitering. Disse spørsmålene må gjerne endres. En kommune understreker at man er opptatt av at brukerne skal sette seg nye mål ved avslutning av hverdagsrehabilitering. I en oppfølgings-/evalueringssamtale f.eks. 3 måneder etter avslutningen, vil det da være naturlig å spørre om brukeren har arbeidet mot og oppnådd disse målene.

I den reviderte modellen gis det også mulighet for å utvide antall spørsmål – f.eks. ved å ta med spørsmålene iht. SOC-13.

### **Et nytt sammenstillingsark**

Uttesting av modellen har vist at sammenstillingen av dataene ikke fungerte. Hull i registreringene gjør at sammenstillingen blir misvisende.

I den reviderte modellen er det derfor lagt opp til en vesentlig enklere sammenstilling. Den samler tallene for alle brukere. Antall brukere som kan registreres er utvidet til 35 – men kommunene kan selvsagt ytterligere utvide dette.

Sammenstillingen i den reviderte modellen gir kommunene mulighet til selv å summere antall brukere, ressursinnsats m.m. og beregne gjennomsnitt for endring i ressursinnsats og kartleggingsresultater.

### 9.3 Oversikt over den reviderte modellen

#### 9.3.1 Brukerarkene

Nedenfor vises oppbyggingen av brukerarkene. Merk:

- Opplysningene registreres i de cellene som er markert **gult**.
- Røde overskrifter markerer opplysninger som kommunene gjerne må endre og tilpasse til egne behov.
- Og helt sentralt: Ikke registrer mest mulig, men registrer de opplysningene og bruk de kartleggingsredskapene som er meningsfulle i den enkelte kommunen!

#### Bakgrunnsopplysninger:

Bruker 1	
<b>Bruker-ID:</b>	
<b>Navn/initialer</b>	
Har brukeren hatt <b>hjemmetjenester</b> før hverdagsrehabilitering? (ja = 1, nei = 0)	
Kommer brukeren fra et <b>sykehusopphold</b> ? (ja = 1, nei = 0)	
Kommer brukeren fra et <b>korttids- eller rehabiliteringsopphold</b> ? (ja = 1, nei = 0)	
<b>Dato for start av hverdagsrehabilitering:</b>	
<b>Dato for avslutning av hverdagsrehab.:</b>	

<b><u>Eventuelt andre bakgrunnsopplysninger som kommunen ønsker å registrere, f.eks.:</u></b>	
<b>Distrikt/område</b>	
<b>Kjønn</b>	
<b>Alder</b>	
<b>Hvor mange uker ville brukeren hatt behov for hjemmetjenester, dersom vedkommende ikke fikk tilbud om hverdagsrehabilitering?</b>	
...	
...	

### Registrering av ressursinnsats:

	Før/ved start (faktisk hjelp eller estimert innsats)	I rehab. perioden (gjennomsnittlig antall timer per uke)	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>1 Ressursinnsats - timer per uke:</b>						
Hjemmehjelp/assistent		#DIV/0!				
Sykepleier		#DIV/0!				
Hjelpepleier/helsefagarbeider		#DIV/0!				
Psykisk helsearbeider		#DIV/0!				
Ergoterapeut		#DIV/0!				
Fysioterapeut		#DIV/0!				
Vernepleier		#DIV/0!				
Aktivitør		#DIV/0!				
Student/lærling/elev		#DIV/0!				
Andre		#DIV/0!				
<b>Eller:</b> Gjennomsnittlig innsats (timer per uke for alle personalgrupper samlet)		#DIV/0!				
Sum timer per uke	0,0	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0	0,0

Ressursinnsatsen (antall timer per uke) må registreres med én desimal. Det betyr at f.eks. 1 time og 30 min blir registrert som 1,5 timer, 1 time og 10 min blir registrert som 1,2 timer.

Kommunene som ønsker å registrere ressursinnsatsen i rehabiliteringsperioden ukentlig, kan benytte nedenstående hjelpetabell. Gjennomsnittlig innsats per uke overføres da automatisk i cellene som ovenfor viser #DIV/0! Hvis kommunen registrerer innsatsen i rehabiliteringsperioden direkte inn i bildet ovenfor, må alle formler i cellene #DIV/0! slettes.

Til løpende registrering av direkte brukerrettet tid i rehabiliteringsperioden:

Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10	Uke 11	Uke 12	Snitt per uke
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!
												#DIV/0!

**COPM-kartlegging:**

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>2 COPM:</b>						
Aktivtetsproblem 1:						
...						
Utførelse (score 1-10)						
Tilfredshet (score 1-10)						
Aktivtetsproblem 2:						
...						
Utførelse (score 1-10)						
Tilfredshet (score 1-10)						
Aktivtetsproblem 3:						
...						
Utførelse (score 1-10)						
Tilfredshet (score 1-10)						
Aktivtetsproblem 4:						
...						
Utførelse (score 1-10)						
Tilfredshet (score 1-10)						
Aktivtetsproblem 5:						
...						
Utførelse (score 1-10)						
Tilfredshet (score 1-10)						
<b>Samlet score:</b>						
Sum poeng utførelse/antall problemer	#DIV/0!		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Sum poeng tilfredshet/antall problemer	#DIV/0!		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Modellen beregner samlet score automatisk.

**SPPB-kartlegging:**

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>3 SPPB:</b>						
Score statisk balanse						
Score 4m gangtest						
Score reise/sette seg x 5						
<b>Samlet score</b>	0		0	0	0	0

Samlet SPPB-score beregnes automatisk.

**ADL-kartlegging:**

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>4 ADL-kartlegging (IPLoS):</b>						
Alminnelig husarbeid						
Skaffe seg varer og tjenester						
Personlig hygiene						
På- og avkledning						
Toalett						
Lage mat						
Spise						
Bevege seg innendørs						
Bevege seg utendørs						
Ivareta egen helse						
Hukommelse						
Kommunikasjon						
Beslutninger i dagliglivet						
Sosial deltakelse						
Styre atferd						
Gjennomsnitt ADL-score	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
Syn						
Hørsel						

Dersom kommunen velger å registrere scorene for alle ADL-funksjoner enkeltvis, beregner modellen gjennomsnittlig score automatisk (basert på SSBs vektning av de ulike funksjonene). Kommunenes fagsystem beregner gjennomsnittlig score som et aritmetisk gjennomsnitt av alle funksjoner. Kommunene må gjerne føre inn dette gjennomsnittet direkte.

**COOP/WONCA:**

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>5 COOP/WONCA</b>						
Pasientens egen vurdering av funksjoner de siste to ukene. Skala fra 1 (høyt funksjonsnivå) til 5 (lavt funksjonsnivå).						
A Fysisk form						
B Følelsesmessig problem						
C Daglige aktiviteter						
D Sosiale aktiviteter						
E Bedre eller dårligere helse						
F Samlet helsetilstand						

**Spørsmål om brukerens opplevelse/tilfredshet med rehabiliteringsprosessen – og ev. andre spørsmål:**

	Før/ved start	I rehab. Perioden	Ved avslutning av rehab. prosessen	10 uker etter oppstart	6 måneder etter oppstart	12 måneder etter oppstart
<b>6 Tilfredshet med rehab.prosessen:</b>						
Hvor tilfreds er du med støtten du fikk i hverdagsrehabiliteringen? Skala fra 1 (lite tilfreds) til 5 (svært tilfreds)						
Mestrer du de aktivitetene som du ønsket å få til i større grad etter rehabiliteringen? Skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad)						
Har du klart å opprettholde aktivitetene etter at hverdagsrehabilitering ble avsluttet? Skala fra 1 (i liten grad) til 5 (i stor grad)						
<b>Eventuelt andre/flere spørsmål (f.eks.SOC-13)</b>						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						
...						

### 9.3.2 Sammenstillingsarket

Nedenfor er det kopiert inn en forenklet versjon av sammenstillingsarket. I modellen er flere evalueringstidspunkter lagt inn som ikke er tatt med her. I modellen ligger det i tillegg en oppsummering av COOP/WONCA kartleggingen og av svar på spørsmål om opplevelse/tilfredshet. Sammenstillingsarket viser således en oppsummering av alle områder i brukerarkene som er markert gult.

Til illustrasjon er det nedenfor lagt inn tenkte tall for 7 brukere:

Bruker	Før hverdagsrehabilitering har brukeren hatt:			Hverdagsrehabilitering			Timeinnsats per uke				COPM-kartlegging				SPPB-kartlegging			ADL-kartlegging (IPLOS)				
	hjemmetjenester	sykehusopphold	korttids-/rehab. opphold	Avsluttet rehab. perioden? (1=avsluttet, 0=ikke avsluttet)	Antall dager i hverdagsrehab. for brukere som har avsluttet	Samlet antall timer bistand i perioden	Før start (faktisk hjelp eller estimert)	I rehab. perioden	Ved avslutning	6 måneder etter oppstart	Ved oppstart		Endring i score fra oppstart til avslutning:		Score 6 måneder etter oppstart		Samlet score ved start	Endring i samlet score fra start til avslutning	Score 6 måneder etter oppstart	Gjennomsnittlig ADL-nivå ved oppstart	Endring i gjennomsnittlig ADL-nivå fra start til avslutning	ADL-nivå 6 måneder etter oppstart
											Utførelse	Tilfredshet	Utførelse	Tilfredshet	Utførelse	Tilfredshet						
1	1	0	0	1	49	35,0	2,5	5,0	0,5	0,5	2,5	2,5	4,0	4,0	6,0	7,0	4	6	10	2,4	-0,6	1,9
2	0	0	1	1	26	21,7	4,0	5,8	0,5	0,5	4,0	3,0	3,0	5,0	6,0	7,0	6	4	9	2,1	-0,2	1,9
3	0	0	1	1	19	16,3	4,0	6,0	0,0	0,0	3,0	3,0	5,0	4,0	7,0	7,0	3	4	7	1,9	0	2
4	0	1	0	1	58	49,7	4,0	6,0	1,0	0,5	4,0	4,0	3,0	4,0	7,0	8,0	2	4	5	1,9	-0,2	1,7
5	1	0	1	1	119	132,6	6,0	7,8	3,0	1,5	3,0	2,0	4,0	6,0	7,0	7,0	1	3	6	2,2	-0,4	1,7
6	0	0	0	1	19	9,5	1,5	3,5	0,0		4,0	3,0	2,0	4,0			3	3		1,9	-0,1	
7	1	0	0	1	28	22,0	3,0	5,5	1,0	1,0	4,0	4,0	4,0	3,0	6,0	6,0	3	4	5	2,1	0	2,2
...																						
<b>Antall</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>																		
<b>Gjennomsnitt</b>					<b>45</b>	<b>41,0</b>	<b>3,6</b>	<b>5,7</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>3,6</b>	<b>4,3</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,0</b>	<b>7,0</b>	<b>2,1</b>	<b>-0,2</b>	<b>1,9</b>

Tallene for de 7 brukere illustrerer hva modellen kan dokumentere:

3 av brukerne har hatt hjemmetjenester, 1 er utskrevet fra sykehus- og 3 fra korttids-/rehabiliteringsopphold før hverdagsrehabilitering. En av brukerne (bruker 4) har ikke hatt noen tjenester før vedkommende fikk tilbud om hverdagsrehabilitering. En av brukerne (bruker 5) har hatt både hjemmetjenester og korttids-/rehabiliteringsopphold.

Alle de 7 brukere har avsluttet rehabiliteringsperioden med en gjennomsnittlig lengde på 45 dager og en gjennomsnittlig ressursinnsats på 41 timer i hele perioden. Både lengde på rehabiliteringsperioden og innsatsen i perioden varierer betydelig mellom de 7 brukere.

Før start ble det anslått at brukerne ville hatt behov for gjennomsnittlig 3,6 timer hjelp i uken. I rehabiliteringsperioden var den gjennomsnittlige innsatsen på 5,7 timer per uke. Etter avslutning fikk de 7 brukerne gjennomsnittlig hjelp i 0,9 timer i uken. To av brukerne (brukerne 3 og 6) klarer seg uten hjelp etter hverdagsrehabilitering. For 6 av brukerne er det gjennomført en ny kartlegging 6 måneder etter hverdagsrehabiliteringen. Ressursinnsatsen er for disse ytterligere redusert.

Ved oppstart hadde brukerne en gjennomsnittlig COPM-score for utførelse på 3,5 og for tilfredshet på 3,1. Alle brukere forbedret scoren fra start til avslutning av rehabiliteringsprosessen. Økningen i score for utførelse er på gjennomsnittlig 3,6 og for tilfredshet på 4,3. For de 6 brukerne som er retestet etter 6 måneder er resultatene fortsatt betydelig bedre enn ved starten av rehabiliteringsprosessen.

SPPB-kartleggingen viste en gjennomsnittlig samlet score på 3,1 ved start. Dette ble forbedret med 4 poeng i løpet av rehabiliteringsprosessen. For de 6 brukere som er retestet etter 6 måneder er score i all hovedsak opprettholdt.

Også ADL-kartleggingen viser en forbedring med gjennomsnittlig 0,2 poeng fra et gjennomsnitt på 2,1 før rehabiliteringsperioden. De 6 brukere som er retestet etter 6 måneder, har opprettholdt dette funksjonsnivået.

-----



## Litteratur

- Fredericia kommune <http://www.fredericia.dk>
- Hansen, M. (2013) Presentasjon av LMEL (Længst muligt i eget liv) av plejeforf Marianne Hansen, Fredericia kommune, 15.05.2013
- Hauglun S. (2012) *Vossamodellen – Kvardagsrehabilitering på Voss*, Ergoterapeuten nr. 01.12
- Kjellberg J. og R. Ibsen (2010) *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune*, Dansk Sundhedsinstitut/iTracks, DSI projekt nr. 3111, september 2010
- Kjellberg J. og R. Ibsen (2012) *Træning som hjælp – økonomievaluering*, Dansk Sundhedsinstitut/itracks, Notat/projekt 3378, april 2012
- Kjellberg P.K. m.fl. (2011) *Fra pleje og omsorg til rehabilitering – Viden og anbefalinger*, Dansk Sundhedsinstitut i samarbeid med KL, FOA, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og Fredericia Kommune, Notat/Projekt 3333, september 2011
- Kjellberg, P.K. m.fl. (2012) *Hverdagsrehabilitering i praksis – Erfaringer fra Fredericia 2008-2010*, Ergoterapeuten nr. 01.12
- Kjellberg P.K. m.fl. (2013) *Trænende Hjemmehjelp i Fredericia Kommune – Organisations- og økonomievaluering*, KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning), Projekt 10131, august 2013
- Kjeken I. og Sand-Svarterud A.L. (2012) *The Canadian Occupational Performance brukt i rehabilitering*, Ergoterapeuten nr. 01.12
- Laberg T. og N.E. Ness (2012) *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*, Ergoterapeuten nr. 01.2012
- Legeforeningen <http://legeforeningen.no/PageFiles/135910/SPPB.pdf>
- Meld.St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*
- Månsson M. (2002) *Det är i hemmet det skal börja*, Artikkel i: Äldre i Centrum, nr. 4/2002
- Månsson M. (2007) *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Fortbildning AB/Tidningens Äldreomsorg, 2007

- Ness N.E. m.fl. (2012) *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*, ergoterapeutene, Norsk sykepleieforbund og Norsk fysioterapeutforbund – prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i Norge, september 2012
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*
- Rambøll (2012) *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*, Oppdragsrapport for Helsedirektoratet, rapport IS-0365, oktober 2012
- Socialstyrelsen (2007) *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*, Artikkelnr. 2007-123-26, juni 2007
- Socialstyrelsen (2008) *Samverkan i re/habilitering – en vägledning*, Artikkelnr. 2008-126-4, oktober 2008
- Socialstyrelsen/Landstinget Kronoberg (2010) *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner*, Socialstyrelsen FoU-rapport 2010:11
- St.meld.nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenesten – Vestfold (2012) *Best hjemme! En modell for innføring av hjemmerehabilitering i Sandefjord kommune*, 2012
- Vik K. (2011) *Mulighet for deltakelse og aktiv omsorg også for eldre som får hjemmetjenester?*, i: M. Stene og E. Marnburg, *Forskning i Trøndelag 2011*, Trondheim, Tapir 2011
- Zingmark M. (2013) *Alla profesjoner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering*, i *Ergoterapeuten* nr. 03.2013
- Østre Agder (2012) *Strategisk kompetanseplan og felles handlingsplan hverdagsrehabilitering Østre Agder*, Samarbeidsprosjekt mellom kommunene Froland, Arendal, Risør, Grimstad, Åmli, Tvedestrand og Vegårshei

## Vedlegg: Oppsummering av hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene

I dette vedlegget gir vi en kort beskrivelse av tilnærming/modell, ressurser, målgrupper, varighet og kartleggings-/styringsredskaper for hverdagsrehabilitering i utvalgskommunene. Våre oppsummeringer er basert på kommunenes tilbakemeldinger og gjenspeiler situasjonen i oktober/november 2013.

De første åtte kommuner/bydeler har vi besøkt og hatt intervjuer med, de siste 12 har vi hatt skriftlig og til dels telefonisk kontakt/intervjuer med.

**Kommune:** Oslo, Bydel Gamle Oslo

**Antall innbyggere: 46 290**

I Bydel Gamle Oslo hadde vi to gruppeintervjuer, først med en gruppe medarbeidere som er involvert i hverdagsrehabilitering (en sykepleier, en hjemmetrener, en ergoterapeut, en fordeler og en saksbehandler på bestillerkontoret) og deretter med ledere (hhv. prosjektleder, enhetslederne for hhv. bestillerenheten, forebygging/rehabilitering og hjemmetjenestene, og de to avdelingsdirektørene for hhv. myndighetsoppgaver og tiltak innen helse og omsorg). Intervjuene understreket at bydelen har arbeidet grundig for å forankre hverdagsrehabilitering både i tjenestene og i ledelsen og at en i stor grad arbeider ut fra en felles forståelse.

I tillegg hadde vi en samtale med lederen av helse- og sosialkomiteen som bekreftet at tenkningen om hverdagsrehabilitering er godt forankret i bydelens politiske organer. Hun påpekte at den administrative ledelsen viser stor kreativitet for å klare seg innen stadig reduserte økonomiske rammer.

### 1. Modell

Bydelen etablerte i 2012 et tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT). Teamet var bemannet med terapeut- og pleie- og omsorgspersonell og hadde ansvar for å gjennomføre rehabiliteringsprosessen overfor de aktuelle brukerne. Teamet skulle ta ansvaret for brukere inntil de var rehabilitert. Det betyr at teamet ikke skulle være et innsatsteam som arbeider parallelt med hjemmetjenesten. Manglende finansiering (lavere statstilskudd – samhandlingsmidler – enn beregning) og utviklingen av vedtakstiden i hjemmetjenesten, gjorde at det ikke kunne overføres tilstrekkelig ressurser fra hjemmetjenesten til å dekke den opprinnelig planlagte bemanningen i TRT.

I en oppsummerende rapport (Prosjekt Tverrfaglig rehabiliteringsteam TRT – 2012) beskrives at TRT møtte en rekke problemer. Disse var bl.a. knyttet til vedtaksutforming, systemproblemer (f.eks. tidsregistrering i Geric), men ikke minst komplisert samhandling og informasjonsoverføring mellom TRT og hjemmetjenesten. Prosjektet opplevde at effektene av hverdagsrehabiliteringen er kortvarige, hvis hjemmetjenesten ikke viderefører en mestringsorientert arbeidsmåte og går tilbake til å yte «tjenester for». Det kommenteres også at de tradisjonelle tjenestene kan komme i et uheldig konkurranseforhold til hverdagsrehabilitering.

På tross av problemene viste TRT-prosjektet gode resultater for mange brukere.

I oppfølgingen valgte Bydel Gamle Oslo å basere seg på TRT, men redusere antall medarbeidere/ressurser som er knyttet til teamet, og satset på at hjemmetjenesten får et større ansvar for hverdagsrehabiliteringen.

Dette ble beskrevet i en rapport i desember 2012 *Aktiv deltaker i eget liv – ADEL* som skisserte forutsetningene for en ny organisering av hverdagsrehabilitering. Målene var:

- Brukere skal oppleve økt livskvalitet gjennom å mestre hverdagsutfordringer.
- Ansatte skal oppleve en spennende arbeidshverdag.
- Organisasjonen skal ha kompetanse, motivasjon og kapasitet til å møte nye utfordringer.
- Økonomien i pleie- og omsorgstjenestene skal ha kontroll.

Gjennom ADEL ønsker man å sikre at hele hjemmetjenesten yter tjenester etter prinsippene om hverdagsrehabilitering. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet (TRT) har inntil nå stått for kartlegging, planlegging og oppfølging, mens hjemmetjenesten utfører treningsoppgavene i

hverdagsrehabiliteringen For å understreke at ADEL krever nye/endrede arbeidsmetoder, ble det i mai 2013 foretatt en endring av stillingsbenevnelse fra hjemmehjelper til hjemmetrener.

Bydelen planlegger en gradvis utrulling, med oppstart og opplæring i både praktisk bistand og hjemmesykepleien i mai/juni 2013. Første bruker ble registrert 2. juli 2013.

TRT er lagt til enheten forebygging og rehabilitering i avdeling myndighetsoppgaver som også inneholder bydelens bestillerkontor for helse- og omsorgstjenester. TRT har inntil nå fått alle henvisninger av aktuelle brukere fra bestillerkontoret, og ergoterapeuten i teamet har foretatt en kartlegging, og utarbeidet mål og tiltak for hverdagsrehabilitering. Nå har alle fysio- og ergoterapeuter, også de utenfor TRT, fått opplæring i COPM slik at kartlegging og oppfølging kan fordeles på flere ved behov. Dette bidrar til større grad av tverrfaglighet og mindre sårbarhet ved ferie og sykdom.

Etter kartleggingen registreres tjenestene som egne ADEL-tjenester i fagsystemet. Hverdagsrehabiliteringen utføres av medarbeidere i hjemmesykepleien og praktisk bistand. På deres arbeidslister presiseres prosedyrene for treningsoppgavene overfor ADEL-brukerne.

TRT har, i tillegg til utredning og planlegging av hverdagsrehabiliteringen for ADEL-brukere, også ansvar for individuell trening og større tilretteleggingsoppgaver overfor brukere som ikke har ADEL-vedtak.

ADEL er forankret i MBU (medbestemmelsesutvalget) og gjennom en orienteringssak i bydelsutvalget.

## **2. Ressurser og kompetanse**

TRT består av:

- 1 ergoterapeut
- 2 fysioterapeuter
- 1 hjelpepleier
- 1 omsorgsarbeider

ADEL implementeres uten tilførsel av nye ressurser/årsverk.

I prosjektrapporten av desember 2012 ble det påpekt at bydelen har små ressurser innen ergo- og fysioterapi. En omorganisering av disse ressursene ble ikke anbefalt. En omorganisering kunne gå utover spesialisert rehabilitering som fremmer selvstendighet og mestring for andre målgrupper enn de som er aktuelle for hverdagsrehabilitering/ADEL. I forbindelse med innføring av ADEL ble imidlertid prioriteringsnøkkelen for ergo- og fysioterapi endret. Brukere med akutte behov har første prioritet, deretter følger brukere som er aktuelle for ADEL.

I og med at hjemmetrenerne (praktisk bistand) og hjemmesykepleien er de som utøver hverdagsrehabilitering, ble det lagt stor vekt på motivering og opplæring av teamene. Alle team i hjemmesykepleien og praktisk bistand har fått opplæring over 6 uker, der bl.a. motiverende samtaleteknikk var et tema.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Bydel Gamle Oslo følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for hverdagsrehabilitering/ ADEL:

Inklusjonskriterier:

- Nye henvendelser/søknader om praktisk hjelp og personlig pleie (dette kan både være brukere som ikke har hatt noen tjenester fra før, og brukere som ikke har hatt hjemmesykepleie de tre siste månedene)
- Brukere må kunne forstå og gjøre seg forstått, dvs. kunne gjennomføre COPM og kunne være med å utarbeide egne mål
- Brukere må være villig til å delta og ha samtykkekompetanse

Eksklusjonskriterier:

- Brukere med kognitiv svikt
- Personer i terminal fase

Bestillerkontoret vurderer alle søknader i forhold til om de kan være aktuelle for ADEL. Dersom det er tilfelle, fattes et midlertidig vedtak og en terapeut fra TRT foretar en kartlegging så raskt som mulig, senest i løpet av en uke. Etter kartleggingen fatter bestillerkontoret et ADEL-vedtak med tydelige mål og tiltak.

Vedtakene er pakkevedtak (jf. Fredericia) med hhv. Small (4 t/uke, ca. ett besøk per dag), Medium (10,5 t/uke, ca. to besøk per dag) og Large-omfang (15,75 t/uke, ca. 3-4 besøk per dag). ADEL-vedtakene (trening ift. hverdagsaktiviteter) som utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten kan kombineres med vedtak om bistand fra TRT til mer spesifikke rehabiliteringsbehov (opptrening etter brudd m.m.).

I perioden fra 1. august til 24. september 2013 er 17 av 57 hjemmesykepleievedtak (30%) og 5 av 22 vedtak om praktisk bistand (23%) utformet som ADEL-vedtak.

Hjemmetjenestene oppfordres til å vurdere de eksisterende brukere og melde fra til bestillerkontoret hvilke som er aktuelle for ADEL. I intervjuene ble det vist til eksempler der hjemmetrenere i praksis arbeider med hverdagsrehabilitering også overfor brukere som ikke har ADEL-vedtak.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

ADEL-vedtak har i utgangspunktet en varighet på maksimalt 3 uker, med mulighet til forlengelse med 1-2 uker ad gangen.

Etter avslutning foretas en revurdering av tjenestebehovet, som kan ende opp med avslutning av alle tjenester, overføring til ordinære vedtak om hjemmetjenester eller overføring til TRT og mer spesifikke treningsoppgaver. Mange av brukerne fortsetter etter ADEL med noe hjemmesykepleie.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Ved oppstart av hverdagsrehabilitering/ADEL kartlegges alle brukere ved hjelp av COPM. Dette sikrer at brukerens egne mestringsmål er grunnlaget for rehabiliteringsprosessen. Fram til nå har ergoterapeuten i TRT gjennomført alle kartlegginger. Begrensede ressurser har gjort det vanskelig å gjennomføre en COPM-revurdering ved avslutning/evaluering av prosessen. Når alle ergo- og fysioterapeuter har fått opplæring, skal COPM brukes konsekvent ved start og avslutning.

Nå har alle terapeuter fått opplæring i COPM. Dette skal gjøre det mulig å gjennomføre en COPM-revurdering ved avslutning av ADEL-vedtakene.

Fysioterapeutene i TRT benytter SPPB, men fram til nå ikke for alle ADEL-brukere. Etter mer opplæring skal SPPB brukes overfor alle ADEL-brukere.

ADL-kartlegging (IPLOS) skal foretas konsekvent ved alle søknader og revurderinger.

Fra 2. juli til 11. november 2013 har i alt 43 brukere hatt ADEL-vedtak. Dokumentasjon fra bydelen viser at 31 brukere har avsluttet ADEL. Av disse fikk 21 brukere hjemmetjenester også etter avslutning av ADEL-vedtaket, mens 10 ble avsluttet uten vedtak om tjenester i oppfølgingen.

#### **6. Oppsummering av suksesskriterier**

Bydel Gamle Oslos ADEL-modell er krevende. Det stiller krav til holdnings- og kulturendring i alle berørte tjenester. Samtidig gir det imidlertid et potensial for større effekt, i og med at mestringstenkningen skal prege tjenestene overfor alle brukere av hjemmetjenesten, ikke bare noen «utvalgte».

Samarbeidsmøtene mellom TRT, hjemmesykepleien og praktisk bistand er sentrale for å holde fokus på hverdagsrehabilitering. På disse møtene drøftes og evalueres brukernes utvikling og mål/tiltak justeres ved behov.

Vi har også forstått at fordelene i hjemmetjenesten prøver å samle ADEL-vedtak på færrest mulig arbeidslister. Dette reduserer faren for at tidkrevende ADEL-prosedyrer prioriteres ned til fordel for ordinære pleieoppdrag. Videre gir det mulighet for at ADEL-brukerne får færrest mulig hjelpere og hjelpere som er motivert for å arbeide ut fra en mestringstankegang. Kontinuitet og lik utførelse

av hverdagstreningen er viktig for at brukerne kan føle seg trygge. I Bydel Gamle Oslo skal presise og tydelige prosedyrer på hjemmetjenestens arbeidslistene sikre dette.

Likevel er det viktig at ledelsen kontinuerlig følger opp og sikrer at ADEL-prosedyrer utføres etter sin hensikt. Vi har forstått at ledere på alle nivåer er klar over det og at medarbeidere både i hjemmetjenesten og på bestillerkontoret følges opp for å sikre at hverdagsrehabilitering er i fokus.

Fra terapeutenes side påpekes at innføring av ADEL innebærer vanskelige prioriteringer. De kan oppleve at brukere som har behov for mer omfattende og spesialisert rehabilitering ikke nødvendigvis får de tjenestene som de har behov for.

**Kommune:** Oslo, Bydel St. Hanshaugen

**Antall innbyggere: 35 952**

Vi hadde samtaler med bydelsdirektør og avdelingsdirektør for velferd- og helseavdelingen, samt to medarbeidere i Hverdagsrehabilitering. Det kom frem at ledelsen hadde god forståelse og var en drivkraft i å få prioritert hverdagsrehabilitering i bydelen. I tillegg hadde vi en samtale med lederen av bydelsutvalget på telefon som bekreftet at tenkningen om hverdagsrehabilitering er godt forankret i bydelsutvalget.

## 1. Modell

Ledelsen i Bydel St. Hanshaugen legger vekt på å sette hverdagsrehabilitering i en bred sammenheng: I strategisk plan for fire år siden konstaterte bydelen at en ikke vil være i stand til å møte innbyggernes behov med en ren fremskriving av det etablerte tjenestetilbudet. Som en følge av dette satset bydelen på å:

- Skape realistiske forventninger i befolkningen
- Bygge på styrkene og ressursene i bydelens befolkning og blant de ansatte
- Gi best mulig kvalitet på bydelens tjenester

Bydelen etablerte et Innsatsteam for rundt tre år siden, for 1,5 år siden er det blitt et Tverrfaglig akutteam. Teamet arbeider dag, kveld og helg og har først og fremst ansvar for å følge opp pasienter som utskrives som ferdigbehandlet på sykehus.

Arbeidet av det tverrfaglige akutteamet ble i mars 2012 fulgt opp ved et pilotprosjekt for hverdagsrehabilitering. Akutteamet og hverdagsrehabiliteringsteamet skal utgjøre en førstelinje som møter nye brukere av pleie- og omsorgstjenester – med et felles mål: Hverdagsmestring.

Bydelen har mange eldre ansatte i hjemmetjenesten. Bydelen legger vekt på tilrettelegging og motivasjon for å unngå tidlig pensjonering og overgang til uføretrygd. Dette kan bl.a. gjøres ved at hjemmehjelpere blir lært opp til å bli hjemmetrenere innenfor hverdagsrehabilitering. Dette fører til at de ansatte får en mindre tung og ensidig arbeidshverdag.

Bydel St. Hanshaugen har klart å få en betydelig reduksjon i sykefraværet i hjemmetjenesten, samtidig som bydelen har redusert bruk av sykehjem med 60 plasser.

Pilotprosjektet innen hverdagsrehabilitering kunne vise til gode resultater. Det ble derfor innlemmet i ordinær drift fra mai 2013.

Hverdagsrehabilitering er organisert som et eget team under Rehabiliteringsenheten på Søknauskontoret i Velferds- og helseavdelingen. Teamet har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen fra henvisning til avslutning, men arbeider bare på dagtid i ukedagene. Hverdagsrehabiliteringsteamet har hver morgen et møte med saksbehandler, det tverrfaglige akutteamet og rehabiliteringsenheten. På disse møtene følges brukerne opp ved en gjennomgang av Gericabeskjeder og teamene planlegger arbeidet overfor pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Vi har forstått at hverdagsrehabiliteringsteamet arbeider tett sammen med akutteamet og bestillerkontoret (blant annet ved at hverdagsrehabilitering har en stilling som er øremerket bestilleroppgaven).

## 2. Ressurser og kompetanse

Pilotprosjektet innen hverdagsrehabilitering startet med eksisterende ergo- og fysioterapiårverk, men fikk etablert to nye 40%-stillinger som hjemmetrenere.

Ved overgang til ordinær drift, ble stillingene i teamet faste stillinger. Dette innebærer en styrking gjennom en saksbehandler på bestillerkontoret (60%), to ergoterapeuter, en fysioterapeut og ytterligere 2 hjemmetrenere i 40%. Til sammen innebærer det at hverdagsrehabiliteringsteamet nå har følgende bemanning:

200 % Ergoterapeuter  
100 % Fysioterapeut  
60 % Saksbehandler (bestiller-/vedtaksfunksjon)  
160 % Hjemmetrenere (delt på fire medarbeidere)

Ergoterapeutene og fysioterapeuten koordinerer tjenestene. De er på første og siste besøk til brukerne og ofte underveis i prosessen ved å følge opp og gi opplæring/veiledning til hjemmetrenerne. De setter opp treningsplan, basert på brukerens egne mål. Tiltak og prosedyrer blir lagt inn i denne planen slik at de er tilgjengelige for praktisk bistand og hjemmesykepleien. I sin oppfølging legger terapeutene vekt på at man holder seg til målene og tiltakene i treningsplanen. Teamets hjemmetrenere er knyttet til hjemmetjenesten og er avsatt i to dager i uken til hverdagsrehabilitering. Det innebærer at mange brukere får besøk fra både ordinær hjemmetjeneste og hverdagsrehabilitering. Det er derfor viktig at teamet følger opp både hjemmetjenesten og teamets hjemmetrenere.

Hverdagsrehabiliteringsteamet beskriver at dagens kapasitet tilsier at tilbudet kan gis til 16 brukere til enhver tid. For å sikre kontinuitet og oppfølging av treningsplanen, regner teamet med at hver hjemmetrener (med to dager i uken) kan ha fire brukere ad gangen. Teamet sikrer høy kontinuitet. Det skal være en fast trener for alle brukere, utenom brukere som har mer en to besøk i uken.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Bydelen bruker følgende kriterier for valg av brukere som får tilbud om hverdagsrehabilitering:

Inklusjonskriterier:

- Brukere som har et rehabiliteringspotensiale
- Brukere som ønsker å bli mer selvstendige
- Brukere som søker om pleie- og omsorgstjenester for første gang
- Brukere som søker om enkle hjelpemidler for første gang
- Brukere som har hjemmetjenester og som står i fare for å få redusert funksjonsnivå

Eksklusjonskriterier:

- Brukere uten rehabiliteringspotensial
- Brukere med alvorlige degenerative sykdommer
- Brukere som er terminalt syke
- Brukere med utpreget kognitiv svikt
- Brukere med alvorlig rusproblematikk
- Brukere med psykiatri som hoveddiagnose
- Brukere med omfattende bistandsbehov

Siden oppstart har teamet opplevd at rundt 10 prosent av brukerne som ble tatt inn og startet hverdagsrehabilitering ikke passet inn, ofte fordi de hadde for stor kognitiv svikt.

Hverdagsrehabiliteringsteamet legger vekt på at det skal være lav terskel for å komme inn i tjenesten. Dagens kapasitet tilsier at samarbeidspartnere (bestillerkontoret, akutteamet, rehabiliteringsenheten eller hjemmetjenesten), må arbeide tett sammen. Teamet mottar og vurderer også henvendelser direkte fra aktuelle brukere eller fra pårørende/slektinger og naboer.

Alle nye søknader om praktisk bistand går til saksbehandleren i hverdagsrehabiliteringsteamet som vurderer om disse kan være aktuelle for hverdagsrehabilitering.

Det fattes ikke noe vedtak om hverdagsrehabilitering før etter at terapeutene i teamet har foretatt en kartlegging av brukernes mål for rehabiliteringen. Oftest er saksbehandleren som skal utforme vedtaket med på første besøk sammen med en av terapeutene. Bydelen legger vekt på juridisk holdbare vedtak og at vedtaksrammen holdes innenfor budsjettammene.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Vedtakene om hverdagsrehabilitering er tidsbegrenset men åpen på innhold. Tiden er som regel satt til 4 uker med inntil 3 timer per uke, men med mulighet til forlengelse. Maks grensen er 8 uker. Gjennomsnittet har vist seg å være 5 ½ uke. Vanligvis er det enkelte teammedlem inne hos brukeren en time ad gangen.

Hvis brukerne takker nei til hverdagsrehabilitering, sier de også nei til andre tjenester fra hjemmetjenesten. Lovpålagte tjenester/nødvendig helsehjelp gis ved behov. Det legges imidlertid stor vekt på å motivere brukerne og de pårørende.

Terapeutene presiseres at det er viktig allerede i starten å tenke hvordan de kan få avsluttet på en god måte. Det er en utfordring særlig i forhold til ensomme brukere. Man prøver da å koble brukeren på noen av de mange tilbud som eksisterer i bydelen:

- Røde kors besøkstjeneste
- Frivillighetsentralen
- Eldresenteret
- Dagsenteret
- Omsorg pluss som både har treningsgrupper og cafe som er åpen fra 8 til 18

I forbindelse med avslutning av hverdagsrehabilitering er det ofte et poeng at hjemmetrener følger og introduserer brukeren til aktuelle aktivitetstilbud.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

I forbindelse med kartlegging av brukerne, foretar ergoterapeutene en COPM-kartlegging. Fysioterapeuten bruker SPPB. Teamet kartlegger også brukers funksjonsnivå (ADL/IPLOS).

Ved avslutning av hverdagsrehabiliteringen blir terapeutenes tester gjentatt og det foretas en ny ADL-kartlegging.

En oppsummering av resultatene av hverdagsrehabilitering i Bydel St. Hanshaugen så langt viser at:

- Behov for pleie og omsorgstjenester har blitt utsatt
- Vedtakstiden har blitt redusert
- Vedtak er avsluttet
- Veiledning og informasjon er gitt.
- Det har skjedd en bevisstgjøring blant brukere og ansatte
- Brukerne har fått bedre livskvalitet
- Det er færre hjelpere

Fra mars 2012 til november 2013 har hverdagsrehabilitering i bydelen hatt 122 brukere. Av disse ble nærmere 56 prosent avsluttet uten tjenester, 36 prosent fikk mindre enn de hadde hatt før hverdagsrehabiliteringen, 4,9 prosent fikk det samme som i utgangspunktet og 2,4 prosent fikk mer omfattende tjenester enn før.

#### **6. Oppsummering av suksesskriterier**

- Alle ledernivåer, også mellomledernivået, må støtte opp om satsingen som innebærer en stor dreining av måten å utføre tjenester på.
- Man må ha tålmodighet for å se at man lykkes med satsingen – resultatene viser seg ikke nødvendigvis umiddelbart.
- Det må avsettes tid og ressurser til grundig informasjon og opplæring av alle aktuelle faggrupper som berøres av hverdagsrehabilitering. Alle medarbeidere må få et kompetanseløft for å sikre felles holdninger og arbeidsmåte.
- Arbeide for å unngå konkurranse mellom de ulike faggruppene.
- Informasjon til pårørende, Eldresenter, Helse og sosialkomiteen, Bydelsutvalget
- God informasjon til brukere



**Kommune:** Nome

**Antall innbyggere: 6.625**

Vi hadde samtale med ordføreren, helse- og omsorgssjefen, fysioterapeuten i hverdagsrehabiliteringsteamet, en ergoterapeut som var med på planleggingen og lederen for fysio- og ergoterapitjenesten.

Vi har fått inntrykk av at fokus på hverdagsmestring og -rehabilitering er godt forankret i både politisk og administrativ ledelse. Rehabiliteringsteamet får imidlertid stor frihet til å utforme den praktiske tilnærmingen, og ledelsen er innforstått med at det kan ta tid, før resultater av hverdagsrehabilitering vises. Likevel kommenterer helse- og omsorgssjefen at en i løpet av 2014 må kunne dokumentere resultater for å kunne forsvare en ytterligere satsning.

## 1. Modell

Helse- og omsorgssjefen tok initiativ til å starte hverdagsrehabilitering i Nome kommune. Nøkkelpersoner hadde to studieturer til Fredericia før oppstart. Det første besøket omfattet ledere og fagpersoner, mens ordfører og medlemmer fra Oppvekst- og omsorgsutvalget deltok på det andre besøket.

Det var stor vilje i kommunen til å starte opp 1. september 2013 etter en planleggingsperiode. Ledelsen understreker også at hverdagsrehabilitering forhåpentlig får en spredningseffekt til flere områder i kommunens tjenesteyting.

Det ble valgt en modell med et tverrfaglig team som består av ergoterapeut, fysioterapeut, hjemmetrenere og kontaktsykepleiere ved behov. Terapeutene er organisatorisk knyttet til fysio- og ergoterapitjenesten, mens hjemmetrenerne er organisert i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten er inndelt i to distrikter hhv. Lunde og Ulefoss med hver sin avdelingsleder.

En slik modell krever at tanken om hverdagsrehabilitering er godt forankret i hjemmetjenesten. I starten har det vært en problemstilling at hjemmetrenerne jobbet både med vanlige oppdrag og oppdrag innen hverdagsrehabilitering på én og samme vakt (en kjøreliste/ arbeidsliste). Nå har hjemmetrenerne fått faste timeplaner for tiden som skal brukes til hverdagsrehabilitering hver uke, f.eks. fra kl 11-15 tirsdag og torsdag. Dette har redusert konfliktene, og lederne av de to avdelingene i hjemmetjenesten samarbeider godt med hverdagsrehabiliteringsteamet.

Modellen for hverdagsrehabilitering i Nome innebærer at terapeutene er mye ute hos brukerne. Terapeutene mener at dette er lærerikt og interessant. Det sikrer at de kan jobbe med faglige utfordringer, samtidig som de kan spre mestringstenkingen og rehabiliteringsfokus overfor flere ansatte i kommunens tjenester. De uttrykker at en ren veiledningsfunksjon overfor hjemmetrenerne ikke ville vært en ønskelig modell å jobbe i.

## 2. Ressurser og kompetanse

Nome har avsatt følgende ressurser til hverdagsrehabilitering:

- 1 Ergoterapeut (full stilling)
- 1 Fysioterapeut (60%)
- 3 Hjemmetrenere (hjelpepleiere) med 25% knyttet til hverdagsrehabilitering per trener
- 2 kontaktsykepleiere ved behov

Hjemmetrenerne tas ut av de ordinære kjørelistene/ordinære oppdrag i hjemmetjenesten etter behov. Det er lagt opp til at de skal arbeide med oppdrag innen hverdagsrehabilitering inntil 25% av tiden. Etter det vi har forstått, har det så langt ikke vært behov for å bruke hele denne ressursen til hverdagsrehabilitering.

Finansiering av terapeutstillingene ble i 2012 foretatt ved hjelp av samhandlingsmidler (tilskudd til utskrivningsklare pasienter). I 2013 måtte kommunen imidlertid bruke samhandlingsmidlene til ferdigbehandlede pasienter på sykehus. Terapeutstillingene må således finansieres ved intern omprioritering.

Hjemmetrenerne er rekruttert fra hjemmetjenesten. I Lunde ble dette finansiert ved intern omprioritering, mens i Ulefoss fikk hjemmetjenesten tilført to 25%-stillinger til hverdagsrehabilitering.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

I samtalene ble det pekt på at Nome kommune har få andre rehabiliteringstilbud. Det er derfor viktig at hverdagsrehabiliteringsteamet kan gi tilbud til tyngre brukere, enn de som får tilbud om hverdagsrehabilitering i andre kommuner. De fleste som får tilbud har derfor vært brukere av pleie- og omsorgstjenester fra før.

Inklusjonskriterier:

- Brukere med nedsatt funksjonsevne som søker hjemmetjeneste for første gang
- Brukere som har hjemmetjenester og står i fare for ytterligere funksjonsnedsettelse og økt tjenestebehov

Dessuten må brukere:

- Ha et potensial for opptrening
- Være motiverte for opptrening
- Kunne ta imot instruksjon og veiledning
- Være over 18 år

Eksklusjonskriterier:

- Langtkommen demens og kognitiv svikt
- Brukere uten mulighet for å gjenvinne funksjonsnivå
- Brukere som ivaretas med gjenopptrening på ordinær måte i korttidsavdelingen på sykehjemmet eller fysio-/ergoterapitjenesten
- Brukere som er alvorlig psykisk syke
- Terminale brukere
- Brukere som forventes å bli selvhjulpne uten rehabilitering

Det har vært og er en utfordring å få inn brukere som er aktuelle for hverdagsrehabilitering. Teamet har fått henvist en god del brukere som egentlig ikke burde være aktuelle (jf. eksklusjonskriteriene ovenfor).

Vi har forstått at hverdagsrehabiliteringsteamet må være aktiv for å finne aktuelle brukere. Teamet har gitt informasjon til aktuelle sykehusavdelinger og har samtale med aktuelle brukere før de skrives ut.

Ved behov er det vurderingsmøte med lederne av hjemmetjenesten og terapeutene.

Ellers er følgende utfordringer beskrevet i våre samtaler:

- Felles bruk av journalsystem
- Å beregne økonomisk resultat
- Å få til ønsket samarbeid med fastlegene
- Å få inn brukere tidlig nok – de er så lette de klarer vi selv

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Nome kommune har ikke en egen tildelingsenhet, men et inntaksteam som vurderer alle nye søknader en gang i uken. Terapeutene i hverdagsrehabiliteringsteamet deltar på møtene dersom dette er nødvendig, i snitt ca. 1 gang i måneden.

Vedtak om hverdagsrehabilitering gis for 8 uker med evalueringer underveis.

Teamet kommenterer at det som oftest trengs 8 til 9 måneder for å innarbeide varige treningsvaner. Teamet forutsetter derfor en evaluering 6 måneder etter avslutning, for å følge opp om trening/gjøre selv, har blitt en vane for brukerne.

Teamet har fellesmøte en gang i uken. Terapeutene deltar på hjemmetjenestenes ordinær rapport en gang i uka. Når brukerne er på korttidsavdelingen, starter terapeutene med hverdagsrehabilitering. Hjemmeforholdene kartlegges ved at det foretas hjemmebesøk mens brukeren er på korttidsoppholdet. Før utskrivning er det møte med pasient, pårørende, hjemmetjenesten, avdelingsleder og terapeutene.

Før vedtak fattes foretar hverdagsrehabiliteringsteamet en målsamtale og kartlegging. Til nå har det oftest vært to terapeuter som foretok første besøk. Teamet ønsker at hjemmetrenere oftere er med på dette besøket. Dette gjelder spesielt møtet med brukere som har hatt hjemmetjenester

tidligere. Hjemmetreneren kan da formidle kunnskap om brukerens situasjon til terapeutene. Teamet arbeider i 14 dager med brukeren, før vedtak fattes.

Det utvises stor fleksibilitet i forhold til brukerne. Både hjemmetrenere og terapeutene deltar i hverdagsrehabiliteringen i det daglige.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Det dokumenteres fremgang slik at alle ansatte kan se det. Hverdagsrehabiliteringsteamet lager tverrfaglig oppstartrapport og sluttrapport samt ukesplan som ligger hjemme hos brukeren.

Kartlegging og dokumentasjon foretas ved hjelp av COPM og SPPB. Teamet fyller ikke ut ADL-kartlegging iht. IPLOS. Testene tas ved oppstart, avslutning og etter 6 måneder.

Teamet har til enhver tid 5-6 brukere av hverdagsrehabilitering. Siden oppstart har de hatt 20 brukere inne.

Nome har ikke oversikt over hvilke tjenester de første brukerne mottok, før de startet hverdagsrehabilitering. Av brukerne som avsluttet hverdagsrehabilitering i høst, har:

- En bruker hatt hjemmetjenester en gang i uken til dosettlegging. Etter sykehusinnleggelse hadde hun hjemmesykepleie fire ganger per dag, men ved avslutning av hverdagsrehabilitering er hun tilbake til hjemmetjenester en gang i uken til dosettlegging og måling av blodtrykk.
- En annen bruker hadde fra tidligere hjemmetjeneste en gang i uken til strømpetåking, samt hjelp til dusj en gang i uken. Hun har etter endt rehabilitering kun hjelp til dusj.
- En tredje bruker hadde fra tidligere ingen hjelp. Etter sykehusopphold hadde hun hjemmetjenester daglig (morgenstell) samt hjelp til dusj en gang i uken. Hun har etter endt rehabilitering kun hjelp til dusj.

Nome har sendt en oversikt for 17 brukere av hverdagsrehabilitering. Den tyder på at de fleste brukere kommer fra et sykehusopphold (12), 5 av disse hadde et korttidsopphold og en et rehabiliteringsopphold før oppstart av hverdagsrehabilitering.

Teamet oppsummerer sine erfaringer så langt:

- Det er registrert økt livskvalitet hos brukere.
- Det oppleves som lønnsomt med en intensiv oppstart.
- Det er positivt å jobbe tverrfaglig.
- De brukerne som har hatt hverdagsrehabilitering, er lettere å motivere til å komme i gang igjen etter tilbakefall. Hjemmetjenesten er mer oppmerksomme på at det ikke er lurt å gjøre brukerne bjørnetjenester.

Hjemmetrenerne måtte i starten forsvare at de skulle tas ut av de ordinære kjørelistene. Medarbeidere i hjemmetjenesten ønsket at de vanskeligste brukerne skulle tas inn i hverdagsrehabilitering. Det er en utfordring at Nome har to hjemmetjenesteavdelinger og at hverdagsrehabiliteringsteamet må jobbe på tvers. Arbeidsmengden kunne være noe uforutsigbar.

#### **6. Oppsummering av suksesskriterier**

- Sikre godt samarbeid med hjemmetjenesten. Være tålmodig og gi informasjon, gjerne knyttet til brukereksempler. Utfordringer må løses i samarbeid mellom teamet og lederne av hjemmetjenesten.
- Jobbe med å få sikre at de rette brukerne blir henvist til hverdagsrehabilitering.
- Forankre hverdagsrehabilitering i ledelsen, slik at man har ryggdekning i ulike situasjoner som kan dukke opp.

**Kommune: Arendal**

**Antall innbyggere: 43 336**

Vi hadde intervju/samtaler med fungerende leder i helse og omsorgskomiteen, kommunalsjef helse og omsorg, enhetsleder koordinerende enhet mestring, rehabilitering og omsorg, avdelingsleder innsatsteamet hverdagsrehabilitering og 4 fagpersoner fra innsatsteamet rehabilitering.

Det var en rød tråd i alle intervjuene som understreket betydningen av mestring som et innsatsområde overfor befolkningen i Arendal. Det innebærer å stimulere innbyggerne til å ta ansvar og vilje til å ta ansvar for egen helse. Kommunen hadde jobbet målrettet med rehabilitering i mange år før hverdagsrehabilitering ble vedtatt. Politikerne opplever at administrasjonen i kommunen er nytenkende og legger frem saker som er godt gjennomtenkt og forberedt.

## **1. Modell**

Hverdagsrehabilitering startet som et begrenset prosjekt i hjemmesykepleien. Dette viste seg å være vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte. For å sikre gode resultater, etablerte man derfor et tverrfaglig innsatsteam som utførte hverdagsrehabiliteringen og som ble organisert i Rehabiliteringsenheten.

Arendal bystyret fattet i 2012 vedtak om ny struktur for omsorgssektoren som understøtter mestring. Kommunen startet i januar 2013 med hverdagsrehabilitering ut fra en slik modell.

Arendal bruker Fredericia som modell. Innsatsteamet jobber dag og kveld alle dager (også helg). Teamet har ansvar for hele rehabiliteringsprosessen – det ytes ikke parallelle tjenester fra andre enheter.

Teamet har en avdelingsleder som også har ansvar for fysio- og ergoterapeutene i kommunen. Teamet er organisert i Koordinerende enhet omsorg, mestring og rehabilitering innenfor kommunalavdelingen helse og omsorg. Tjenestekontoret (som tildeler tjenester/fatter vedtak) er organisert i samme enhet.

Alle ledere, også rådmannen, har stilt opp og jobbet målrettet for å sikre en vellykket snuoperasjon. Dersom det oppstod spørsmål eller problemer ute i tjenestene stilte lederne opp på personalmøter.

## **2. Ressurser og kompetanse**

Innsatsteamet er tverrfaglig sammensatt og inneholder 13,5 årsverk (inkl. avdelingsleder). Teamet består av ergo-/fysioterapeuter, sykepleier, hjelpepleiere, vernepleier og sosionom.

Etableringen er finansiert gjennom intern omdisponering av personalressurser i omsorgsenhetene. 10,5 årsverk fra hjemmesykepleien, 1 årsverk fra tjenester for utviklingshemmede, 1 årsverk fra psykisk helse og 1 årsverk fra rehabiliteringstjenester. Samtidig med denne omdisponeringen var det nødvendig å ta et budsjettkutt på 2,5 %. Det var således ingen pukkel med friske midler for å gjennomføre omstillingen.

Alle ledere var opptatt av å hindre at man fikk et A- og et B-lag. For å understreke dette, har innsatsteamet til enhver tid mellom 8 og 10 tunge brukere i tillegg til 20 enklere brukere, selv om erfaringen tilsier at resultatene blir best i forhold til lette brukere. Med tunge menes brukere med behov for mer enn ett besøk i døgnet på dag- og kveldstid.

Teamet ble etablert ved intern utlysning. 70 søkere søkte på 10 stillinger. Det betyr at medarbeidere i teamet var motivert i utgangspunkt.

Teamet har lært opp avdelingsledere og to ressurspersoner i hver hjemmesykepleiesone. De er kontaktpersoner, har ansvar for å vurdere rehabiliteringsbehov og -potensial, og henvise aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering. Tjenestekontoret (tildelingsenheten) er organisert i samme enhet som hverdagsrehabilitering. Kontoret er sentral for å sikre at innsatsteamet når de rette brukere.

Avdelingsleder for hverdagsrehabilitering samt en rehabiliteringsrådgiver deltar på møter på tjenestekontoret, for å sikre at riktige personer blir henvist til hverdagsrehabilitering. Det oppleves at man har blitt dyktigere til å henvise riktige type brukere. Det er enklest å få til gode resultater med de brukerne som er nye. Dersom det er brukere som har hatt tjenester før, er det som oftest et betydelig motiveringsarbeid som må til for at det skal fungere etter hensikten.

Det går alltid to fra innsatsteamet på første besøk hos bruker. Ved avslutning er det også ønskelig med to, men det blir ikke alltid gjennomført. I sammensatte saker er det alltid to personer ved avslutning, samt at innsatsteamet har et avsluttende møte med andre tjenester og pårørende. Møter med pårørende underveis er ofte nyttige og gjennomføres etter behov. Det legges vekt på å motivere brukerne til å komme ut av hjemmet og dagrehabilitering i kommunen blir benyttet i stor grad. I forhold til å finne riktig utstyr som bidrar til selvhjulpenhet hos brukerne, ble det gitt eksempler på stor kreativitet fra de ansatte i innsatsteamet.

Fremover legges det opp til grunnleggende opplæring i hverdagsrehabilitering for alle ansatte i hjemmetjenesten. Dessuten har de ansatte i teamet ukentlig møte med hjemmesykepleien.

I teamet er det møter to ganger i uka for å sikre at alle jobber mot samme mål. For å sikre størst mulig kontinuitet i tjenesten, har man etablert en ordning med primæransvarlige for brukerne. Man organiserer arbeidet ved hjelp av to tavler for hhv. tunge og lette brukere. Her står det hvem som er primæransvarlig, hvilken sone som brukeren hører til, brukerens mål og hvilke avtaler som er inngått med brukeren. Ut fra det som står på tavla, lages det arbeidslister dagen i forveien. De ansatte møtes til et halv times møte om morgenen, før de reiser ut til brukerne ved 9 tiden. Det er primæransvarlig som tar innsatsamtalen.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Alle aldersgrupper
- Brukere med hjemmesykepleie er prioritert
- Nye brukere og gamle med funksjonsfall

Det regnes med at ca. 1/3 av de som søker hjemmesykepleie for første gang eller som har endringer i funksjonsnivå, kan få tjenester fra innsatsteamet. (Obs: I dag defineres all personlig og praktisk hjelp utenom rengjøring i Arendal som hjemmesykepleie.)

Det fattes ikke vedtak om hverdagsrehabilitering. Brukeren får et brev som viser til at det igangsettes utredning og hverdagsrehabilitering i regi av innsatsteamet i tre uker.

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er i utgangspunkt begrenset til tre uker. I noen tilfeller kan perioden forlenges.

Medarbeiderne i teamet opplever at det fungerer godt å begrense hverdagsrehabilitering til tre uker. Det stiller krav om å sette i gang umiddelbart og ikke utsette motiveringssamtaler og aktiviteter. Lederne beskriver at medarbeiderne har evne til raskt å etablere relasjon med brukerne – og evne til å avslutte relasjonen. Dette er viktig for å unngå hjelpefellen.

Noen brukere som er tatt inn, er det vanskelig å motivere til å mestre selv. Etter flere forsøk, overføres disse brukere til hjemmesykepleien. Dette gjelder særlig brukere som har hatt hjelp fra hjemmesykepleien tidligere.

### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Innsatsteamet registrerer funksjonsnivå til bruker i IPLOS ved start og ved avslutning av tjenesten. Tidsbruk blir skrevet inn i GERICA. For noen brukere er det også gjennomført COPM-kartlegging. COPM er imidlertid lite egnet, fordi hverdagsrehabilitering er begrenset til tre uker. Terapeutene i teamet er dessuten så drevne at de som regel raskt får tak i hva som er viktig for brukerne å få til. Hjemme hos brukeren ligger rehabiliteringsplanen og en oversikt over når innsatsteamet kommer.

I tillegg har man i Arendal utviklet en beregningsmodell for økonomi/ressursinnsats i hverdagsrehabilitering. Denne viser at innsatsteamet har hatt svært gode resultater. Per 23.08. hadde 151 brukere mottatt tjenester fra innsatsteamet. 85 av disse hadde ingen hjemmesykepleie ved avslutning av rehabiliteringsperioden. Det oppleves at brukerne er svært fornøyde med å få hverdagsrehabilitering. Mange er fornøyde med at det innebærer bare tre uker, men at det da er en intensiv innsats som gir resultater.

## 6. Oppsummering av suksesskriterier

- Klar og tydelig ledelse med mestringsfokus
- God forankring i forhold til politisk og administrativ ledelse
- Fokus på veien videre allerede fra innkomst
- Tett kontakt med Tjenestekontoret
- Fast og nær kontakt med hjemmesykepleien
- En kort og intens tid hos bruker, uten at det fattes vedtak
- Rød tråd og konsekvens i tilnærmingen – dette gjør det lettere å involvere bruker og pårørende
- Motiverte og erfarne ansatte
- Flerfaglig ansatte, men alle er fleksible i forhold til arbeidsoppgaver og lærer av hverandre
- Man utvikler tjenesten og tilnærmingen kontinuerlig og lærer av erfaring
- Dokumenterer resultater underveis

**Kommune:** Kristiansand

**Antall innbyggere: 84 476**

Vi hadde intervju/samtaler med helse- og sosialdirektøren, prosjektleder for hverdagsrehabilitering, økonomikonsulent, prosjektkoordinator, motorteamet (rehabiliteringsteamet) og en representant for hjemmetjenesten. Lederen av helse- og sosialstyret hadde vi en telefonsamtale med.

Hverdagsrehabilitering er forankret i helsefremmingsplanen som legger vekt på tidlig innsats, forebygging og lavterskeltilbud i hele helse- og sosialtjenesten. Dette innebærer en ny måte å tenke og arbeide på som krever en kulturendring og avlæring. Økt livskvalitet og mestringsevne er sentrale mål som fremheves både av folkevalgte og administrative ledere. Dreiningen av tjenesteprofilen skal sikre bærekraft på sikt.

### 1. Modell

Hverdagsrehabilitering ble startet opp som prosjekt med to personer i februar 2013 og med et motorteam fra 1. september.

Kristiansand har en todelt målsetting for hverdagsrehabilitering:

1. Etablere hverdagsrehabilitering som ny tjeneste
2. Fremme hverdagsmestring som ideologi i hjemmetjenesten gjennom kompetanseløft, økt tverrfaglighet og kulturendring.

Organiseringen i Kristiansand ligger nært opp til Østersundmodellen: Det er etablert et tverrfaglig motorteam, som er organisert i hjemmetjenesten. Medarbeiderne i hjemmetjenesten deltar i hjemmetreningen i henhold til rehabiliteringsplanen som er satt opp for den enkelte bruker. Arbeidslistene brukes til å presisere hvordan aktivitetene/ oppgavene skal gjennomføres. Dette er viktig for å unngå hjelpefellen, dvs. at hjemmetjenesten «gjør for» fremfor «trener med».

Foreløpig dekker motorteamet to soner i hjemmetjenesten. En av sonelederne er leder for motorteamet. Siktemålet er å utvide gradvis. Dokumentasjon av resultater vil være avgjørende for videreføring etter prosjektperioden (ut 2015).

Kristiansand hadde tidligere en rehabiliteringsavdeling som jobbet avgrenset med spesifikk rehabilitering, uten kontakt med hjemmetjenesten. For å hindre eksklusivitet og oppbygging av en ny 1½-linjetjeneste, er det ønskelig å få rehabiliterings- og mestringsperspektivet inn i hjemmetjenesten. En slik integrert modell vil gi større effekt, men er krevende: For det første innebærer det en betydelig endring i kultur og arbeidsmåte i hjemmetjenesten. For det annet kan det bli en utfordring å holde fokuset på mestring, når hjemmetjenesten har få ressurser (arbeidskraft) i forhold til vedtaksmengden. F.eks. kan det bli vanskelig å prioritere tidkrevende gåtreening med en bruker, når andre brukere venter på hjelp.

### 2. Ressurser og kompetanse

Motorteamet består av:

- 2 ergoterapeuter
- 1 fysioterapeut
- 1 sykepleier (75%-stilling)

I tillegg er det to prosjektkoordinatører og en 60%-stilling i EBT (tjenestekontoret) som er frikjøpt og har ansvar for å holde kontakt med motorteamet/hverdagsrehabilitering.

Alle stillinger i motorteamet og prosjektet er nye. De er dels finansiert ved eksterne midler (tilskudd) og dels ved inntekter fra salg av et tidligere sykehjem.

Det er planer om nye stillinger til motorteamet i 2014. På sikt satser man dessuten på å bruke innsparinger i hjemmetjenesten som følge av hverdagsrehabilitering til å styrke innsatsen.

I og med at mye av rehabiliteringsprosessen utøves av hjemmetjenesten, er opplæring og motivering av hjemmetjenestens medarbeidere avgjørende for et vellykket resultat. Dette gjelder både hjemmesykepleien og hjemmehjelpere (praktisk bistand). Særlig overfor brukere som får mange besøk (inkl. helg, kveld og natt) av ulike hjelpere, er det viktig at alle medarbeidere følger prinsippene om hverdagsrehabilitering. God kontakt mellom motorteamet og hjemmetjenesten, veiledning/oppfølging og presise beskrivelser av hvordan trening skal gjennomføres i arbeidslistene, er avgjørende.

Motorteamet har eksempler på at brukerne korrigerer hjemmetjenesten, hvis hjelperen «gjør for» istedenfor «trener med». Det er viktig at medarbeiderne i hjemmetjenesten er bevisste på skjulte tjenester (f.eks. hente post på vei inn til bruker eller kaste søppel på vei ut). Dette kan være viktige aktiviteter for å opprettholde mestringsevnen.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Vurderes for alle nye søkere
- Brukere med endring i funksjon som har tjeneste fra før
- Brukere som forstår instruksjon
- Hjemmeboende
- Utskrivningsklare fra sykehus og døgnerhabilitering/korttidsplasser

Eksklusjonskriterier:

- Langtkomne degenerative sykdommer
- Moderat og alvorlig demens eller psykiske lidelser
- Terminalt syke

Motorteamet er også opptatt av brukere som søker om utlån av hjelpemidler. Dette er ofte brukere som i neste omgang søker om tjenester. De kan derfor være aktuelle for forebyggende innsats gjennom hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering søkes og innvilges hos Enhet for bolig og tjenestetildeling (EBT). Motorteamet har en kontaktperson i EBT som er frikjøpt tre dager i uken. Det er imidlertid en utfordring å forankre fokus på mestring i hele tjenestekontoret. Den ene frikjøpte stillingen kan ikke alene finne alle aktuelle brukere.

For å sikre effektiv bruk av hverdagsrehabilitering, er det sentralt at man velger egnede brukere i utgangspunktet.

Det å motivere pårørende oppleves ofte som en større utfordring enn å motivere brukeren selv.

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Vedtak om hverdagsrehabilitering fattes for fire uker. Tidsbegrensningen skal bidra til at man blir tvunget til å arbeide målrettet fra starten av og at prosessen avsluttes.

Motorteamet understreker at det er viktig å tenke på alternative tiltak og aktiviteter ved avslutning. For mange brukere vil frivillige organisasjoner være viktige arenaer etter hverdagsrehabiliteringen.

Siden oppstart har 15 brukere hatt vedtak om hverdagsrehabilitering. Av disse har 7 brukere avsluttet rehabiliteringsperioden. 6-7 personer er blitt vurdert, men ekskludert på grunn av demens, utviklingshemming eller manglende interesse/motivasjon.

## 5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater

Motorteamet bruker COPM konsekvent ved utredning/oppstart og ved avslutning av hverdagsrehabilitering. Alle medarbeidere i teamet har fått opplæring. Motorteamet påpeker at COPM er et systematisert opplegg som sikrer at en går ordentlig inn i hva brukeren er motivert for å få til. Teamet opplever at dette er tryggere enn faglig skjønn alene.

I tillegg brukes SPPB (fysisk funksjonsnivå) og COOP/WONCA (selvopplevd helse).

Kristiansand har utarbeidet en modell som sammenstiller ressursinnsats (direkte brukerrettet tid) før, under og etter hverdagsrehabilitering, samt resultater av COPM-kartleggingen før og ved avslutning av rehabiliteringsprosessen.

Selv om motorteamet bare har vært virksom i to måneder, konstaterer de gode resultater, både ift. ressursinnsats (reduert antall besøk og timer) og COPM (brukernes tilfredshet med mestring). For å følge opp resultater over tid, reiste prosjektkoordinatoren forslag om å sjekke ut brukernes fornøydhetsnivå med mestringsevnen tre måneder etter avslutning.

## 6. Oppsummering av suksesskriterier

- Ildsjeler og ressurspersoner i tjenestene som er opptatt av forebygging/mestring fremfor passiviserende hjelp.
- Forankring i ledelsen som legger forholdene til rette for forebygging. Det må være lov å prøve og feile.
- Vilje til å sette inn ekstra ressurser (pukkel) i oppstarten.
- Dokumentere effekter.
- Sikre størst mulig kontinuitet i kontakten med bruker og arbeide ut fra en felles forståelse og mål.
- Bruker synergieffektene i tverrfaglighet – lære av hverandre.
- Etablere gode rutiner og effektive møter. Likevel: Samlokalisering og felles møtepunkter mellom hjemmetjenesten og motorteamet er viktig.
- Hvis man skal lykkes med å integrere rehabiliteringstenkningen, må det være en felles ledelse som er en drivkraft for hverdagsrehabilitering.

En spesiell utfordring som Kristiansand må finne en løsning på, er knyttet til finansiering av tjenestene: Hjemmetjenesten er innsatsfinansiert, mens motorteamet er rammefinansiert. Finansieringssystemet bør støtte opp under hverdagsrehabilitering. Det betyr at det bør lønne seg å lykkes med å få økt brukernes mestringsevne.

**Kommune:** Stavanger

**Antall innbyggere: 129 191**

I Stavanger hadde vi samtaler med Levekårssjefen, prosjektlederen for Leve HELE LIVET og hverdagsrehabiliteringsteamet på Madla/Tjensvoll.

Hverdagsrehabilitering er en av pilarene under satsningen «Leve HELE LIVET». Satsningen skal bidra til fornøyde brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk klarer seg selv, i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie. «Leve HELE LIVET» er godt forankret i kommunens politiske og administrative ledelse.

### 1. Modell

Hverdagsrehabilitering ble startet opp som et pilotprosjekt på Madla fra november 2012 til mai 2013. Stavanger bygger i stor grad på erfaringene og modellen for hverdagsrehabilitering i Fredericia. Pilotprosjektet ble evaluert gjennom en grundig rapport i august 2013.

I prosjektperioden ble hverdagsrehabiliteringsteamet satt sammen av medarbeidere som hadde sin tilknytning i hhv. fysio-/ergoterapitjenesten, hjemmesykepleien og hjemmehjelp. Teamet hadde ingen egen leder, men var knyttet til avdelingsleder for hjemmesykepleien på Madla.

Hverdagsrehabilitering innebærer intensiv trening, ofte flere ganger per dag (ytelsessjokk). Etter hvert trappes innsatsen ned. Hverdagsrehabilitering gis av hjemmetrenere etter veiledning fra terapeutene og sykepleieren i teamet. Terapeutene understreker at det er viktig at de deltar i hjemmetreningen for å kunne følge med på brukerens utvikling. Alle brukere har en hjemmetrener



som har hovedansvaret for dem. Kontinuitet anses som svært viktig. Det tar ofte tid for brukeren å bli trygg og etter hvert kommer det frem informasjon som er viktig for rehabiliteringsprosessen.

Etter evalueringen ble hverdagsrehabiliteringsteamet på Madla videreført. Fra oktober 2013 dekker teamet også Tjensvoll som har den samme tildelingsenheten (Helse- og sosialkontor) som Madla.

Hverdagsrehabilitering utgjør ett av fire prosjekter under satsningen *Leve HELE LIVET*. Satsningen er godt forankret i kommunens politiske og administrative ledelse. Stavanger er opptatt av god kommunikasjon og prosjektet har fått god og positiv mediadekning.

I forkant av prosjektet startet Stavanger med videreutdanning i rehabilitering med 33 plasser ved Diakonhjemmet høgskole i Sandnes. 14 medarbeidere på helse- og sosialkontoret på Madla (bestillerenheten), sykepleietjenesten og fysio-/ ergoterapitjenesten fikk opplæring i inviterende samtale.

## **2. Ressurser og kompetanse**

I pilotprosjektet ble bestillerkontoret for Madla og Tjensvoll styrket med en ergo- og en fysioterapeut.

Hverdagsrehabiliteringsteamet bestod av et fagteam på tre årsverk, hhv. en fysio- og en ergoterapeut og en sykepleier. I tillegg omfattet teamet fire hjemmetrenerne, hhv. to helse- og omsorgsarbeidere fra hjemmesykepleien og to medarbeidere fra hjemmehjelpstjenesten i Stavanger.

De fire årsverkene til ergo- og fysioterapeuter ved bestillerkontoret og i hverdagsrehabiliteringsteamet var nye stillinger som ble finansiert gjennom samhandlingsmidler. Teamets medarbeidere fra hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten ble flyttet fra eksisterende tjenester.

Hverdagsrehabiliteringsteamet legger vekt på å jobbe på tvers av faggruppene – alle skal gjøre litt av alt. Dette for å sikre gjensidig kompetanseutvikling og utvikling av felles arbeidsmåte. Det ble gjennomført kurs i inviterende samtaleteknikk for medarbeiderne på bestillerkontoret på Madla, ergoterapeuter, fysioterapeuter og ansatte i hjemmebasert tjeneste som er involvert i hverdagsrehabilitering.

Hjemmetrenerne er sentrale i modellen. Hverdagsrehabiliteringsteamet understreker at det er behov for at denne gruppen får delta i kompetanseutvikling. Prosjektledelsen opplyser at det nå arbeides med et kompetanseutviklingsprogram for hjemmetrenerne.

Fra 2014 gjøres alle stillinger faste og knyttes direkte til hverdagsrehabilitering, ikke lenger til de tjenestene som de opprinnelig kommer fra. I tillegg får teamet en egen leder. I evalueringen viste teamet til at ulike faglige perspektiver førte til store diskusjoner om hvordan oppgavene best løses. Teamet uttrykker at mangel på egen leder også førte til frustrasjoner fordi teammedlemmene måtte bruke mye tid til administrasjon.

Videre vil Stavanger i 2014 styrke de tre øvrige bestillerkontorene med en ergo- og en fysioterapeut på hvert kontor. Alle medarbeidere på bestillerkontorene har nå fått opplæring i metodikken inviterende samtale. Dette skal brukes overfor alle nye søkere.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Nye brukere som søker tjenester for første gang
- Brukere som hadde avsluttet tjenester, men søker på nytt
- Brukere etter palliativ behandling
- Brukere som har få tjenester fra før, men søker nye eller økte tjenester pga. funksjonsfall

Eksklusjonskriterier:

- Brukere med kognitiv svikt
- Brukere i palliativ behandling

Brukere kan søke direkte om hverdagsrehabilitering. Bestillerkontoret foretar hjemmebesøk hos personer som har søkt om hverdagsrehabilitering eller andre tjenester. Under dette besøket inviteres brukere som er motiverte og har et rehabiliteringspotensial til hverdagsrehabilitering (inviterende samtale). Bestillerkontoret fatter vedtak om hverdagsrehabilitering som oversendes hverdagsrehabiliteringsteamet.

Hverdagsrehabiliteringsteamet arbeider bare på dagtid i ukedagene. Brukere som trenger hjelp kveld/natt og i helgene, får denne støtten fra hjemmesykepleien. Medarbeiderne i hjemmesykepleien blir veiledet i hva teamet gjør og skal, dersom det er rom for det, støtte bruker i de aktivitetene som de har satt seg som mål. Dette for å unngå hjelpefellen. Rene sykepleieoppgaver utføres som normalt.

Målet var å nå 25 brukere i pilotprosjektet. I en periode i desember 2012 var det få brukere og noen eksisterende brukere ble inkludert. Allerede i januar tok etterspørselen etter hverdagsrehabilitering fra nye brukere seg opp, og det ble ikke inkludert flere eksisterende brukere.

I pilotprosjektet mottok i alt 45 brukere hverdagsrehabilitering. 34 avsluttet rehabiliteringsprosessen.

Stavanger har årlig rundt 450 nye brukere over 65 år og regnet i utgangspunkt med at 1/3, minst 150, vil ha nytte av hverdagsrehabilitering. Erfaringene fra Madla/Tjensvoll tyder på at omfanget kan bli større – i dette området har 93 brukere fått tilbud om hverdagsrehabilitering i løpet av ett år.

Realistiske mål i rehabiliteringsplanen er viktig for å opprettholde brukernes motivasjon.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Som et utgangspunkt blir det fattet vedtak om hverdagsrehabilitering i 4 uker med mulighet til forlengelse, dersom brukeren fortsatt har et rehabiliteringspotensial og er motivert. behov.

Hverdagsrehabiliteringsteamet setter opp en aktivitetsplan sammen med brukeren, og støtter og veileder inntil målene er nådd. Ved avslutning sendes det melding til bestillerkontoret. Teamet kommenterer at det ofte går en uke til man faktisk starter med hverdagsrehabilitering, i og med at bestillerkontoret har en første samtale før vedtak og hverdagsrehabiliteringsteamet deretter må foreta sin kartlegging. Etter at rehabiliteringsprosessen starter er det ofte nødvendig å bruke mer enn fire uker. Teamet viser f.eks. til brukere som har mye smerter etter sykehusopphold, der aktivitetene for alvor først kan begynne etter at smertene er blitt mindre.

Teamet peker på at det er viktig å avslutte rehabiliteringen først når brukeren er blitt trygg. Dette forhindrer reinnleggelse. Brukerne får tilbud om å ringe teamet de første to ukene etter avslutning, hvis de føler seg utrygge.

Hverdagsrehabiliteringsteamet legger vekt på at brukeren har en plan for hvordan mestringsevnen vedlikeholdes etter rehabiliteringen, bl.a ved å benytte seg av ulike aktiviteter i kommunen (fall- og balansegrupper, matlagingsgruppe, turgruppe etc.). For ensomme og isolerte brukere prøver teamet å finne sosiale arenaer som er egnet. Prosjektet har utarbeidet en oversikt over aktivitetstilbud i Stavanger kommune (frivillige organisasjoner, tiltak i bydelshus, balansegrupper m.m.).

Bestillerkontoret gir brukerne tilbud om oppfølgingssamtale 6 uker etter at rehabilitering er avsluttet.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Første hjemmebesøk etter vedtak gjennomføres av to personer, i utgangspunkt to fra fagteamet, men ofte en fra fagteam og en hjemmetrener. Teamet kommenterer at det er viktig at hjemmetrenerne deltar i kartleggingen av hva som er viktig for brukeren. Dette for at de kan nyttiggjøre seg av den informasjonen som fremkommer i den første samtalen, når de starter med hjemmetreningen.

På det første besøket foretas en kartlegging ved hjelp av COPM, TUG og Bergs Balanseskala. På det andre besøket settes det opp en rehabiliteringsplan med mål og tiltak sammen med bruker, og teamet avtaler besøkshyppighet og tidspunkter.

Prosjektlederen kommenterer at TUG og Bergs Balanseskala vil bli erstattet av SPPB fra 1.1.2014.

COPM-kartlegging foretas også ved avslutning av hverdagsrehabiliteringen.

Stavanger har en modell for aktivitetsbasert finansiering av de hjemmebaserte tjenestene (hjemmesykepleien og hjemmehjelp). Hverdagsrehabilitering er per i dag rammefinansiert. Kommunen jobber med å utvikle finansieringspakker også for hverdagsrehabilitering.

Evalueringsrapporten fra august 2013 dokumenterer en signifikant og betydelig forbedring i gangfunksjon, balanse og risiko for å falle (TUG) blant de 34 brukere som avsluttet hverdagsrehabilitering i pilotprosjektet. 15 av 20 nye brukere avsluttet hverdagsrehabilitering uten at det var nødvendig å sette inn ordinære tjenester. Også 3 av 14 brukere som hadde tjenester fra før, avsluttet hverdagsrehabilitering uten tjenester.

Prosjektlederen har planer om å se på brukernes tjenestebehov 12-18 måneder etter avsluttet hverdagsrehabilitering for å evaluere varigheten av de oppnådde resultatene.

## 6. Oppsummering av suksesskriterier

Evalueringen av pilotprosjektet har avdekket noen forutsetninger for vellykket implementering av hverdagsrehabilitering i hele kommunen:

- Hverdagsrehabilitering må organiseres som en egen enhet med egen leder, som en avdeling under hjemmebaserte tjenester.
- Brukerne må ha styring med målene for hverdagsrehabilitering.
- De ulike yrkesgruppene kan oppfatte hverdagsrehabilitering som lite faglig utfordrende. Synliggjøring av teamet og dets erfaringer og kontinuerlig utvikling av det tverrfaglige arbeidet, kan gjøre hverdagsrehabilitering mer attraktiv.
- Solid faglig kompetanse hos alle som deltar i hverdagsrehabilitering, er viktig. Dette krever kompetanseutvikling for alle grupper og kompetanseoverføring innen teamet.

I tillegg ble det i intervjuene understreket at det er viktig å skape bedre forståelse for hverdagsrehabilitering i hjemmesykepleien. Hverdagsrehabilitering oppleves i den ordinære tjenesten lett som eksklusivt og «noe som vi alltid har jobbet med».

**Kommune:** Gloppen

**Antall innbyggere:** 5 676

Vi hadde samtaler med leder for Helse- og omsorgsutvalget, Rådmannen, Helse- og omsorgssjefen, prosjektleder for hverdagsrehabilitering og tverrfaglig team. Den politiske lederen var informert om prosjektet *Kvardagsrehabilitering*. Det var lagt frem for Helse -og omsorgsutvalget som en orienteringssak. Prosjektet er forankret i økonomiplan 2013-2016.

Den administrative toppledelsen viste stort engasjement for hverdagsrehabilitering. Rådmannen understreker at hverdagsrehabiliteringer en riktig tilnærming for å møte fremtidens utfordringer innen eldreomsorgen. Gloppen kommune har fra tidligere en pleie- og omsorgstjeneste som legger vekt på at brukerne kan bli boende hjemme så lenge som mulig (tung på hjemmetjenester og forholdsvis få sykehjemsplasser). I tillegg var Gloppen tidlig ute med å etablere en rehabiliteringsavdeling ved sykehjemmet/omsorgssenteret.

Utgangspunktet for tenkningen i Gloppen er å styrke innbyggernes ansvar for eget liv. Fokus på egen mestring betyr at man bidrar til den enkeltes livskvalitet. Det er ønskelig å spre en slik tankegang også til andre tjenesteområder i kommunen. Gloppen har utviklet en matrise som viser hvordan man bør jobbe forebyggende, tverrfaglig og tverrsektorielt i forhold til utfordringer overfor innbyggere/målgrupper:

- med risiko for problemer og sykdom
- med behov for behandling og/eller tiltak
- med et livslangt behov for hjelp.

Rådmannen har lagt vekt på å få styrket strategisk kompetanse ift. prosjektarbeid og planlegging for å takle nye utfordringer og for å kunne gjennomføre utviklingsprosjekter slik som hverdagsrehabilitering. Hun mener det er viktig å gi prosjektet frihet til å teste ut ulike virkemidler/tiltak. Kommunen er opptatt av å planlegge overgangen fra prosjekt til drift, spesielt ift. kompetansebehovene som dette innebærer i tjenestene.

## 1. **Modell**

Prosjektet Kvardagsrehabilitering startet september 2012. Tverrfaglig team ble opprettet 02.04.2013 etter en planleggingsfase med innhenting av erfaringer fra blant annet Fredericia i Danmark. Prosjektet vil gå frem til 15.08 2015.

Prosjektet er organisert som et tverrfaglig team, knyttet til hjemmetjenesten. I starten var prosjektet avgrenset til område Sandane, men omfatter nå også hjemmetjenesteområdet Breim. Prosjektet har en styringsgruppe som rådmannen leder og som prosjektet rapporterer til.

Det tverrfaglige teamet jobber på dagtid, men er innstilt på å ta kveldsvakter ved behov. Dette har det ikke vært behov for til nå. Erfaringen (også fra andre kommuner) tilsier at treningsaktiviteter utføres best på dagtid. Teamet legger vekt på at terapeutene og hjemmetrenerne arbeider sammen med brukeren fra begynnelsen av, altså ikke slik at terapeutene først går inn med intensiv innsats før hjemmetrenerne overtar.

Brukere som trenger hjelp i helgen, må få disse fra hjemmetjenesten. For å sikre at hjemmetjenesten utfører hjelpen på en måte som er i tråd med rehabiliteringsmålene, legger det tverrfaglige teamet vekt på konkrete beskrivelser/prosedyrer om hvordan hjelpen skal ytes.

Teamet har delvis felles oppmøte/felles base med hjemmesykepleien og faste møtepunkter to ganger i uka for planlegging og vurdering i forhold til nye brukere og brukere som er involvert i hverdagsrehabilitering.

Prosjektet arbeider ut fra at teamets hovedoppgaver er todelt:

- Arbeide med brukere i deres hjem for å øke mestring i forhold til de målene som brukeren selv har vært med på å sette,
- Arbeide for å øke kompetansen om hverdagsmestring og rehabilitering hos samarbeidspartnere og i befolkningen.

Siktemålet er at hverdagsmestring som tanke sett skal gjennomsyre alle pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Teamet holder kurs, opplæring og sprer erfaringer fra prosjektet. Teamet har hver 14. dag felleslunsj med hjemmetjenesten i de to distriktene som er involvert i hverdagsrehabilitering. Ikke minst er det viktig å kunne vise til enkeltcase som bidrar til å konkretisere arbeidet og resultatene i hverdagsrehabilitering. Vi har forstått at det har vært en del utfordringer i forhold til hjemmetjenesten. Det ene hjemmetjenesteområdet mistet en 100% stilling for å kunne starte hverdagsrehabilitering. Det ble uttrykt at dette var vanskelig og opplevd som krevende for hjemmesykepleien.

Teamet opplever at deres arbeid kan oppleves som eksklusivt, i og med at teamet har bedre tid til planlegging og lenger tid hos brukeren, enn det hjemmesykepleien har. Motstanden fra hjemmetjenesten har imidlertid blitt mindre over tid.

I forhold til befolkningen legges det vekt på å skape realistiske forventninger med fokus på ansvar for eget liv.

## 2. **Ressurser og kompetanse**

Stillingene i det tverrfaglige teamet er rekruttert internt i kommunen. Teamet består av:

- 50% prosjektleder/sykepleier med rehabiliteringskompetanse
- 50% ergoterapeut
- 25% fysioterapeut
- 200% hjemmetrenerne, fordelt på 3 personer
- 25% sykepleier (prosjektlederen)

Teamet kommenterer at fysioterapiressursen i prosjektet ikke er tilstrekkelig. Sett i forhold til de øvrige ressursene i teamet, er den lavere enn i de fleste andre kommunene som vi har kontakt med i prosjektet.

Prosjektlederen har tidligere ledet rehabiliteringsavdelingen. Ergoterapeuten er i resten av sin stilling knyttet til rehabiliteringsavdelingen og demensteamet i kommunen. Fysioterapeuten i teamet er leder av ergo- og fysioterapitjenesten. De tre hjemmetrenerne deltar i vakter på rehabiliteringsavdelingen eller helgevakter i hjemmetjenesten.

Ved at deltakerne i teamet også jobber i hjemmetjenesten eller rehabiliteringstjenesten, får de god kontakt med disse tjenestene. Medarbeiderne i teamet har kjennskap til mange brukere når hverdagsrehabilitering starter. Ved at medarbeiderne i teamet jobber med både hverdagsrehabilitering og ordinære tjenester, er det lettere å få til en smitteeffekt også for brukere som ikke har vedtak om hverdagsrehabilitering.

Gloppen fikk ved første forsøk ikke skjønnsmidler fra Fylkesmannen til (del)finansiering av prosjektet. I 2013 finansierer eksterne midler (skjønnsmidler og tilskudd fra Helsedirektoratet) rundt 50 prosent av prosjektet. De øvrige 50 prosent har Gloppen fått til ved omdisponering av ressurser internt i kommunen.

Ergoterapeut og fysioterapeut har ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner. Prosjektlederen/sykepleieren har i tillegg til koordineringsansvaret også ansvar for veiledning, trening og kartlegging.

Hjemmetrenerne (hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider) har hovedansvar for treningen som er fastsatt i planene for brukerne. De observerer, dokumenterer og foretar vurderinger underveis. Ofte går både terapeut/sykepleier og hjemmetrener sammen for å evaluere og justere opplegget overfor den enkelte brukeren.

Der hvor hjemmetjenesten må inn til brukere i tillegg, skrives det detaljerte anvisninger på hvordan de skal bistå brukeren. Det blir utarbeidet en perm med mål og tiltak som ligger hjemme hos brukeren. For å sikre god kontakt med hjemmetjenesten, har teamet felles arbeidslunsj med hjemmetjenesten i de to distriktene som inntil nå omfattes av hverdagsrehabilitering hver 14. dag.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Hverdagsrehabilitering i Gloppen rettes mot følgende brukergrupper (inklusionskriterier):

- Voksne og eldre som har fall i funksjon
- Nye søkere eller brukere som søker om økte tjenester
- Pasienter utskrevet fra sykehus
- Pasienter utskrevet fra kommunens egen rehabiliteringsavdeling

Eksklusionskriteriene er:

- Pasienter som har behov for heldøgns omsorg og pleie
- Terminalt syke pasienter
- Pasienter med uttalt kognitiv svikt
- Pasienter som har behov for rehabilitering i institusjon

Etter oppstart har teamet fått henvist en del brukere som er relativt tunge og som er på grensen i forhold til inklusionskriteriene. Teamet prøver ut de brukerne som blir henvist for å se om de kan ha nytte av hverdagsrehabilitering. De opplever at det er viktig å prøve seg frem for å vinne erfaring. Det er imidlertid en utfordring å få tak i brukere tidligst mulig.

Gloppen har ikke en egen bestiller-/tildelingsenhet. Det er derfor viktig at teamet har god kontakt med og får henvisninger fra samarbeidende instanser. Foreløpig har teamet fått flest henvisninger fra rehabiliteringsenheten, ergo- og fysioterapitjenesten og hjemmetjenesten.

Prosjektet ønsker å få etablert et bedre samarbeid med sykehus ift. avklaring av om utskrivningsklare pasienter er aktuelle for hverdagsrehabilitering og med fastlegene i kommunen, slik at disse kan henvise egnede brukere. I denne sammenhengen er det en fordel at kommuneoverlegen er med i styringsgruppen for prosjektet. Ved oppstart av hverdagsrehabilitering etterspør teamet opplysninger fra lege ved behov. Ved avslutning av hverdagsrehabiliteringen sender teamet en avsluttende rapport til fastlegen.

Gloppen har lagt vekt på informasjon til innbyggerne og lagt opp til at de kan søke om å få hverdagsrehabilitering – uten omveien med søknad om hjemmetjenester eller andre tjenester som mange andre kommuner forutsetter.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Søknader om tjenester i Gloppen utredes av den aktuelle enhetslederen. I hjemmetjenesten er det lederne i de tre områdene i kommunen. Kommunen har tildelingsnemnder som har ansvar for tildeling/vedtak i forhold til de ulike tjenestene.

For hverdagsrehabilitering vurderes henvisningene av det tverrfaglige teamet, før tjenesten tildeles av tildelingsnemnden.

Planen for pilotprosjektet forutsatte at hverdagsrehabilitering skulle bli tildelt for 14 dager i første omgang. Eventuell forlengelse skulle vurderes av tverrfaglig team i samarbeid med aktuell enhetsleder, med en maksimal lengde på 3 måneder.

Praksis er nå endret: Vedtaket knyttes til målene som brukeren og teamet setter for hverdagsrehabiliteringen. Det betyr at vedtakene er åpne i forhold til periode (selv om vedtaket setter en maksimal lengde på 3 måneder), men beskriver målene som skal oppnås. Bruker og teamet avgjør i fellesskap når «nok er nok» – og avslutter innsatsen etter maksimalt 3 måneder.

Blant brukerne som har vært med i prosjektet så langt er en innsatsperiode på 7-8 uker mest vanlig.

I prosessen med at brukerne skal nå sine mål, søker teamet å mobilisere frivillige til å følge brukeren til gjøremål som er viktig for brukeren. Det å sikre at brukeren kan opprettholde sosiale relasjoner, anses som viktig.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Følgende kartleggings og styringsverktøy brukes:  
COPM, SPPB (fra oktober, tidligere TUG og Berg), ADL-kartlegging (IPLOS) og nettverkskartlegging. Kartleggingsredskapene brukes både ved oppstart og ved avslutning av hverdagsrehabilitering.

Gloppen har så langt erfaring med 18 brukere i hverdagsrehabilitering. De fleste som har avsluttet hverdagsrehabilitering har hatt god effekt av trening, noen har hatt veldig god effekt og avsluttet uten tjenester etter intervensjonen. Kognitiv svikt er en utfordring i forhold til å sette mål og arbeide mot disse. Noen pasienter som mottok tjenester fra hjemmetjenesten fra før, er redd for å miste disse.

#### **6. Oppsummering av suksesskriterier**

- Det er viktig å ha en leder av teamet som holder fokus og får opp deltakernes kompetanse.
- Teamet må settes sammen av engasjerte og dedikerte medarbeidere.
- Sette av tid og ressurser til å få jobbet sammen i teamet for å sikre bidrag fra de ulike deltakernes kompetanse og erfaring.
- Bruke tid til å utvikle seg til å bli et godt arbeidende team.
- Sikre forankring på alle ledernivåer. Man er avhengig av at lederne vil og viser det i handling. Ikke minst gjelder dette mellomledernivået i hjemmetjenesten.
- Det må være på plass gode rutiner og strukturer, bl.a. i forhold til henvisning, kartlegging og avslutning av hverdagsrehabilitering.
- Det er viktig å ha et funksjonelt dokumentasjons- og rapporteringssystem som kan benyttes av alle i det tverrfaglige teamet.
- Det må sikres god dokumentasjon og oppfølging av resultatene som hverdagsrehabilitering gir.
- Man må være tålmodig for å få snudd en hel kultur.

**Kommune: Bodø**

**Antall innbyggere: 49 203**

I Bodø kommune hadde vi samtaler/intervjuer med gruppelederen for Høyre i bystyret og med rådmannen, og to gruppeintervjuer med hhv.:

- Kommunaldirektøren for helse og omsorg, lederen for hjemmetjenesten og prosjektlederen for hverdagsrehabilitering.
- Fire medarbeidere i det tverrfaglige teamet for hverdagsrehabilitering (ergoterapeut, sykepleier og to hjemmetrenere – hjelpepleier og omsorgsarbeider) og en ergoterapeut ved tildelingskontoret som i 20% av sin stilling er øremerket hverdagsrehabilitering.

Intervjuene i Bodø gir et klart inntrykk av at tenkingen rundt hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, er godt forankret i alle ledd i kommunen.

Den folkevalgte representanten, rådmannen og ledere understreker at det økonomiske aspektet er viktig, gitt kommunens økonomiske situasjon. De uttrykker stor tro på at hverdagsrehabilitering, kan bidra til å bremse utgiftsveksten i helse- og omsorgstjenestene. Vi har oppfattet at også medarbeiderne i det tverrfaglige teamet, er bevisste på økonomien i satsningen.

Selv om kommunaløkonomien er viktig understreket alle vi møtte i Bodø at hverdagsrehabilitering er en tilnærming som skal bidra til både – og:

- Hverdagsrehabilitering skal øke brukernes mestringsevne/selvhjelpenhet – og dermed deres livskvalitet, og
- det skal være en tilnærming som bidrar til å redusere etterspørselen etter tradisjonelle hjemmetjenester og utsette behov for sykehjemsplass.

### 1. **Modell**

Hverdagsrehabilitering i Bodø (Lengst mulig i eget liv – i eget hjem) startet som et pilotprosjekt i mars 2012. I starten dekket pilotprosjektet en sone i hjemmetjenesten. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere brukere i denne sonen alene. Derfor ble de to største hjemmetjenestesonene i sentrum inkludert i pilotprosjektet. Fra mai 2013 er prosjektet utvidet når det gjelder bemanning. Hverdagsrehabilitering gis nå til aktuelle brukere i tre soner.

For 2014 planlegges en ytterligere utvidelse. Den vil også omfatte spredtbygde områder i kommunen og vil derfor kreve en tilpasning av organisering av tjenesten.

I sluttrapporten fra pilotprosjektet beskrives et mål om at «hverdagsrehabilitering i fremtiden blir den ordinære/vanlige måten å tildele hjemmetjenester på, med mindre det er helt åpenbart at borgeren ikke har noe rehabiliteringspotensiale.»

Bodø kommune har valgt å legge seg opp til organisering av hverdagsrehabilitering i Fredericia: Hverdagsrehabilitering er knyttet til et tverrfaglig team som har en egen base.

Terapeutene, sykepleier og hjemmetrenerne i hverdagsrehabilitering er i hovedsak rekruttert fra eksisterende tjenester. De er imidlertid knyttet fast til hverdagsrehabilitering. Prosjektet er knyttet til hjemmetjenesten, men har gjennom prosjektlederen en direkte linje til kommunaldirektøren. Prosjektlederen sikrer god kommunikasjon og kontakt med andre enheter, spesielt hjemmetjenesten. Valget om å organisere hverdagsrehabilitering som et prosjekt utenfor hjemmetjenesten, skal sikre at hverdagsrehabilitering ikke blir spist opp av oppdragene som hjemmetjenesten må ivareta.

På sikt er målet at hverdagsmestring skal være premissgivende for alle pleie- og omsorgstjenester. Dette krever en forankring av hverdagsmestring som ideologi – med store endringer i kultur/holdninger og en ny arbeidsmodell for hjemmetjenesten. Bodø kommune har utarbeidet en strategisk kompetanseplan (SPK) for innføring av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Alle ledere i hjemmetjenesten har fått innføring i/kompetanse om hverdagsrehabilitering og det tverrfaglige teamet har jevnlig innføring i hverdagsrehabilitering for nyansatte i hjemmetjenesten.

Hjemmetrenerne i det tverrfaglige teamet kommenterer at de til tider har opplevd lite forståelse fra ansatte i hjemmetjenesten. Vi har forstått at det har blitt mindre konkurranse etter hvert. Lederen av hjemmetjenesten, prosjektleder og teamet legger vekt på god kommunikasjon. Det betyr at det

ryddes opp i misforståelser og at konflikter håndteres umiddelbart. Ikke minst er det viktig at hjemmetjenesten opplever og ser de gode brukereksempelene – brukere som tidligere har vært passive og som gjenvinner funksjoner som de er stolte av.

Etter det vi har forstått har en også begynt å fokusere på brukerens ressurser (ofte kalt restevne) i ordinære vedtak om hjemmetjenester.

## **2. Ressurser og kompetanse**

Tverrfaglig team i pilotprosjektet i 2012 ble bemannet med:

- 50 % Ergoterapeut
- 50 % Fysioterapeut
- 30 % Sykepleier
- 2 årsverk hjemmetrenere

I mai 2013 ble teamet utvidet og omfatter per i dag:

- 100 % Ergoterapeut (delt på to personer)
- 100 % Fysioterapeut (delt på to personer)
- 100 % sykepleier
- 4 årsverk hjemmetrenere (hjelpepleier, omsorgsarbeider)
- 20 % saksbehandler ved tildelingskontoret

Bodø kommune forutsatte at pilotprosjektet skulle finansieres ved hjelp av skjønnsmidler fra Fylkesmannen og omdisponering av kommunale ressurser. Etter det vi har forstått, fikk kommunen ikke eksterne midler til utvidelsen i 2013. På grunn av dokumentasjon av gode resultater i pilotprosjektet, ble utvidelsen likevel foretatt.

Etter utvidelsen i mai 2013 hadde det tverrfaglige teamet etterhvert kapasitetsproblemer og ventelister. Noe av dette skyldes at ferielister for medarbeiderne ble lagt før det nye teamet ble etablert. Andre årsaker kan være at teamet får henvist og må kartlegge brukere som burde vært vurdert bedre før henvisning. Spesielt for terapeutene og sykepleieren som gjennomfører utredningene, tar det mye tid hvis for mange henvisninger ender opp med at hverdagsrehabilitering ikke er et egnet tilbud. Teamet kommenterer at det i det første året foretok omtrent like mange utredninger som endte med vedtak om hverdagsrehabilitering som utredninger som endte med at brukeren ikke var i målgruppen for hverdagsrehabilitering.

Sektoren argumenterer derfor for etablering av et innsatsteam ved bestillerkontoret som kan ta pasienter som kommer fra sykehus eller rehabiliterings-/korttidsopphold. Et slikt innsatsteam vil kunne organisere overføring til hjemmet, stå for nødvendig bistand i en kort periode og foreta en kartlegging av potensialet for hverdagsrehabilitering.

I forbindelse med planene om utvidelse av tilbudet om hverdagsrehabilitering til alle soner (mer spredtbygde områder) er det etter sektorens vurdering behov for en utvidelse av det tverrfaglige teamet med 50% stillinger innen ergoterapi, fysioterapi og sykepleie/vernepleier. I «landsonene» vil det være behov for å endre organiseringen: Spredt bosetting gjør det vanskelig å ha medarbeidere som utelukkende opererer som hjemmetrenere. Det vil derfor være behov for ansatte som arbeider både som hjemmetrenere, men som også har vakter innen den ordinære hjemmetjenesten.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

I pilotprosjektet formulerte Bodø kommune følgende kriterier for hvilke brukere som skulle kunne tilbys hverdagsrehabilitering:

- Brukere som har et rehabiliteringspotensial og som bor hjemme, eller skrives ut til hjemmet fra sykehus, rehabiliteringsavdeling eller korttidsopphold
- Søkere som søker om hjelp for første gang og brukere som søker om mer hjelp.

Eksklusjonskriteriene (altså brukere som ikke skulle tilbys hverdagsrehabilitering) er:

- Pasienter med kognitiv svikt eller rus-/psykiske problemer som vanskeliggjør deltakelse i hverdagstrening
- Pasienter med progredierende sykdom (ALS, MS, palliativ behandling)



Bodø kommune har laget et henvisningsskjema som samarbeidsinstansene kan bruke. Så langt har det tverrfaglige teamet hatt flest brukere som fikk hjelp til å komme ut av en pasientrolle – altså brukere som har hatt tjenester tidligere. Prosjektledelsen og teamet legger vekt på at det i fremtiden er behov for å bedre kontakten med sykehuset (som legger føringer) og enhetene for døgnrehabilitering og korttidsplasser i kommunens institusjoner, og bedre innpass i tildelingskontoret. Selv om en saksbehandler ved tildelingskontoret er knyttet til teamet i 20% av sin stilling, sikrer dette ikke at kontoret i tilstrekkelig grad vurderer alle nye brukere eller brukere som søker om utvidelse av tjenester og hjelpemidler som aktuelle for hverdagsrehabilitering.

Tildelingskontoret fatter vedtak om hverdagsrehabilitering etter at det tverrfaglige teamet har foretatt en kartlegging i det første hjemmebesøket. Vedtakene tar utgangspunkt i målene som kartleggingen fra det tverrfaglige teamet beskriver, og de er åpne på antall timer/tid.

Det er forutsatt at teamet skal kunne ha 4 brukere per hjemmetrener til enhver tid.

Teamet kommenterer at det er et poeng at brukerne av hverdagsrehabilitering som regel ikke har en fast hjemmetrener. Teamet gir flere begrunnelser for dette:

- Brukerne skal ikke knytte bånd til treneren, men til treningen.
- Hjemmetrenerne kan se ulike utfordringer og takle disse på ulike måter – erfaringsutveksling i teamet bidrar til læring og utvikling av arbeidsmåter.
- Noen brukere kan være vanskelig å takle for noen av hjemmetrenerne – å få flere trenere kan bryte ned motstand (jf.: «ungjenta skal ikke fortelle meg hva jeg skal gjøre...»).

Med fire hjemmetrenerne i prosjektet, sikres det likevel en høyere kontinuitet, enn det brukere av ordinære hjemmetjenester kan regne med.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Bodø kommune har god dokumentasjon for brukerne som var involvert i hverdagsrehabilitering i pilotprosjektet (mai 2013): 20 personer avsluttet rehabilitering, de fleste med betydelig mindre eller ingen hjelp etter avslutningen.

Lengden av intervensjonen/hverdagsrehabilitering varierer fra 1 til 19 uker.

Etter første besøk/kartleggingsbesøket utarbeider det tverrfaglige teamet en rehabiliteringsplan som spesifiserer brukerens mål og en evalueringsdato (antatt sluttdato). Varigheten av hverdagsrehabilitering knyttes således til brukerens mål og teamets vurdering av hvor lang tid det vil ta å oppnå de aktivitetsmålene som brukeren ønsker.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Førstebesøk gjennomføres av to personer (terapeuter og/eller sykepleier).

På førstebesøket foretas COPM-kartlegging og tildelingskontoret får forslag om tiltak (hverdagsrehabilitering eller ei, med anslag på tidsramme). COPM-kartlegging foretas også ved evaluering/avslutning av hverdagsrehabilitering. SPPB-kartlegging foretas for alle brukere ved oppstart og avslutning. Det legges vekt på at det er samme medarbeider som gjennomfører COPM og SPPB-kartlegging ved både start og avslutning.

ADL-kartlegging av funksjonsnivå (iht. IPLOS-forskrift) har ikke blitt foretatt konsekvent i perioder med kapasitetsproblemer/ferieavvikling, men teamet forutsetter at dette gjøres både ved oppstart og avslutning.

Teamet møtes en gang i uken for å planlegge uken framover. Møtene sikrer bl.a. at de som har gjennomført den første kartleggingen også avtaler rekartlegging av COPM, SPPB og ADL-funksjonsnivå.

Prosjektet i Bodø skal fra 2014 i gang med følgeforskning av en stipendiat ved Universitetet i Nordland.

#### **6. Oppsummering av suksesskriterier**

- Engasjement og ildsjeler – både i tjenesten(e) og i ledelsen – og forankring i alle ledd.

- Kompetanse: Høyskoleutdannede medarbeidere må kunne være både veiledere (motorer) og utøvende i teamet. Dette er nødvendig for å sikre at hverdagsrehabilitering er attraktiv for denne gruppen.
- Spesialisthelsetjenesten (sykehus) må kjenne til kommunens tilbud om hverdagsrehabilitering og hjelpe til med motivering av aktuelle brukere.
- Tildelingskontoret må være opptatt av å finne brukere som er egnet og motiverte for hverdagsrehabilitering (integre ny modell for tildeling av tjenester til hjemmeboende). Prosjektet ønsker seg et tverrfaglig innsatsteam ved tildelingskontoret som kan bistå brukere i en kort periode og samtidig kartlegge hvilke tjenester som er ønskelig framover (hverdagsrehabilitering, spesifikk rehabilitering, rehabilitering på institusjon eller ordinære hjemmetjenester).
- Få hverdagsmestring som ideologi inn i hjemmetjenesten. Det betyr at tjenesten søker å tilrettelegge for mestring og ikke bare utføre pleie.

**Kommune:** Ullensaker

**Antall innbyggere:** 31 743

### 1. **Modell**

Ullensaker kommune samarbeider med ØRU-kommunene (Nes, Nannestad, Gjerdrum, Hurdal og Eidsvoll) om et prosjekt *Hverdagsrehabilitering*.

Prosjektplanene forutsatte at det i løpet av første halvår 2013 skulle etableres lokale team og utarbeides en prosjektrapport. Prosjektet går fra januar 2013 til 30. juni 2013. Nettverket som ble etablert i prosjektet er videreført fram til utgangen av 2013 og ØRU-samarbeidet rundt hverdagsrehabilitering vil sannsynligvis bli videreført i 2014.

Prosjektplanen forutsatte at det etableres lokale team i kommunene på forsommeren 2013 og at det skulle utarbeides en felles prosjektrapport innen 20. juni. Prosjektet skulle utvikle en overordnet modell for hverdagsrehabilitering i ØRU-kommunene, men hver av kommunene skulle igangsette og prøve ut egne lokale tiltak/prosjekter i løpet av 2. halvår 2013.

Prosjektplanen forutsatte ekstern finansiering som ikke var sikret. ØRU-kommunene har imidlertid ikke fått tilskudd fra Helsedirektoratet i 2013.

Etter det vi kan se, var siktemålet å følge en Fredericia-modell med tverrfaglige rehabiliteringsteam som har ansvar for hele prosessen.

### 2. **Ressurser og kompetanse**

Ullensaker har vært i gang med den utøvende delen av pilotprosjektet fra september 2013.

I forkant av dette ble det gjennomført en felles opplæringsplan for teamene. Det er i ØRU-prosjektet opprettet et faglig nettverk for Hverdagsrehabilitering. Nettverket ble tildelt 150.000 kroner til nettverksbygging og kompetansetiltak og stod for opplæring av teamene.

Ullensaker har omdisponert 500.000 kroner til piloten. I perioden august til desember 2013 anslår kommunen at stillinger på hhv. 30% ergoterapeut, 30% fysioterapeut og ca. 80% fra hjemmetjenesten (fordelt på 3 hjemmetrenere, to sykepleiere og en hjelpepleier) knyttes til prosjektet.

### 3. **Målgrupper og brukere/pårørende**

Prosjektplanen til ØRU-kommunene beskriver følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Mennesker som har et faglig begrunnet behov for hverdagsrehabilitering og som har et rehabiliteringspotensial
- Mennesker der rehabilitering kan gjennomføres i hjemmet, ikke i institusjon
- Mennesker som har mentale forutsetninger for å delta i en rehabiliteringsprosess, dvs.:
  - kan være aktivt deltakende ved å sette egne mål
  - kan motiveres til å gjøre noe med egen situasjon
  - kan nyttiggjøre seg instruksjon under trening

Ekklusjonskriterier:

- Mennesker uten rehabiliteringspotensial, eks. langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke, personer med demenssykdom
- Mennesker med behov for spesifikk rehabilitering av terapeuter med utdypet kunnskap om sykdom, skade, behandling og trening

I pilotprosjektet er brukere henvist fra fysio-/ergoterapitjenesten, hjemmesykepleien og tildelingsavdelingen. Teamet har vurdert hvem som er tatt med i piloten. Det er ikke fattet vedtak i piloten. Kommunen vil framover arbeide videre med utvikling av rutiner for henvisninger og vedtak.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

I pilotprosjektet har den aktive treningsperioden vært på 3 uker. I forkant av dette har det blitt foretatt 1-3 hjemmebesøk for informasjon/motivasjonssamtale, testing/kartlegging og målsetting.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Prosjektet har utarbeidet maler for aktivitetsdagbok (hvilke aktiviteter brukeren utfører/ trener på hver dag i løpet av 4 uker) og for hverdagsrehabiliteringsplan som ser ut til å ta utgangspunkt i COPM (fem viktigste aktiviteter, med hhv. beskrivelse av trening/øvelse, tilrettelegging og andre tiltak).

Ullensaker har valgt å gjøre avtaler om retesting etter to måneder for å holde brukers motivasjon oppe og for å sikre at avslutningen etter tett oppfølging ikke blir for brå.

I oppsummeringen/evalueringssamtalen med brukeren, informerer rehabiliteringsteamet om andre aktuelle tilbud i kommunen (kulturelle og sosiale aktiviteter).

**Kommune: Eidsvoll**

**Antall innbyggere: 22 142**

#### **1. Modell**

Eidsvoll hadde planer om innføring av hverdagsrehabilitering i sammenheng med ØRU-samarbeidet. ØRU-kommunene fikk imidlertid avslag på sin søknad om tilskudd fra Helsedirektoratet.

Det ble likevel gjennomført et lite pilotprosjekt med en hjemmetrener, en fysio- og en ergoterapeut. Dette ble mulig i og med at en medarbeider i hjemmebaserte tjenester kunne fungere som hjemmetrener i en praksisperiode på fem uker som del av sin utdanning.

Siktemålet var å få avsluttet hverdagsrehabilitering for noen pasienter og dermed kunne dokumentere resultater som kunne brukes som argumentasjon i budsjettforhandlinger.

Pilotprosjektet ble forankret i avdeling fysio-/ergoterapi, med avdelingslederen for Fysio-og ergoterapi som prosjektleder.

#### **2. Ressurser og kompetanse**

Pilotteamet bestod av en hjemmetrener (som del av utdanning), en ergo- og en fysioterapeut.

For 2014 foreslår prosjektet en ny start, med ett årsverk (50% ergo-, 50% fysioterapeut) og tre årsverk som hjemmetrenere som skal dekke dag/helg. Eidsvoll vil søke om statstilskudd.

Eidsvoll har gitt opplæring til aktuelle medarbeidere og gjennomført et kick-off seminar med Nils-Erik Ness.

#### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Alle aldre, men oftest eldre som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i hverdagsaktiviteter
- Motiverte brukere som deltar i egen målsetting og forstår tankesett og instruksjon
- Rehabiliteringspotensial
- Hjemmeboende i Eidsvoll
- Utskrivningsklare fra sykehus eller døgnrehabilitering
- Nye brukere av hjemmetjenester

**Eksklusjonskriterier:**

- Mennesker uten rehabiliteringspotensial (langtkomne degenerative sykdommer, terminalt syke, demente)
- Mennesker med behov for spesifikk rehabilitering (mer utdypet kunnskap om sykdom, skade, behandling og trening)

Avdelingslederen for Fysio- og ergoterapi har faste møter med tildelingsenheten og har i disse møtene fanget opp aktuelle personer for hverdagsrehabilitering. Fysio-/ ergoterapeutene gjennomfører et vurderingsbesøk og melder til tildelingsenheten om søkeren er aktuell.

Dersom prosjektet tas opp igjen i 2014 vil en se på hvordan henvisning til hverdagsrehabilitering skal organiseres og om/hvordan det skal fattes vedtak om hverdagsrehabilitering.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Dersom prosjektet videreføres i 2014, vil en sannsynligvis satse på rehabiliteringsperioder på 3 til 6 uker.

I pilotprosjektet har teamet hatt en bruker som fikk hverdagsrehabilitering i 3 uker. Dette anslås til å utgjøre en årlig besparelse på 130.000 kroner. Etter denne perioden er antall timer hjemmesykepleie redusert fra 24 til 16 per uke. Brukeren har blitt betydelig tryggere og lærte seg igjen å gå på toalett alene om natten.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Hverdagsrehabiliteringsteamet forutsettes å gjennomføre IPLOS/ADL- kartlegging, balanse- og en forenklet COPM-kartlegging ved oppstart og avslutning.

Eidsvoll har utarbeidet maler for bl.a. rehabiliteringsplan og handlingsplan for tiltak.

**Kommune:** Stange

**Antall innbyggere: 19 407**

##### **1. Modell**

Stange kommune etablerte i 2012 et rehabiliteringsprosjekt – StART – som kombinerer hjemmehabilitering og dagrehabilitering utenfor hjemmet i en leilighet i et bofellesskap. Prosjektet fokuserer på hverdagsmestring og personers livsutfoldelse med selvstendige og meningsfulle aktiviteter etter et brått funksjonsfall. Prosjektet innebærer at et tverrfaglig team bidrar med større innsats i starten, med mål om at brukerne klarer seg uten eller med mindre hjelp etter hvert.

Rehabilitering utføres av et ambulerende team med ergoterapi-, fysioterapi- og sykepleiekompetanse. Teamet møter brukerne både hjemme og i dagrehabiliteringen. Teamet har samarbeidet med hjemmetjenesten i de tilfellene hvor hjemmebasert omsorg har vært etablert. Teamet har fulgt opp brukerne inntil rehabiliteringsprosessen var avsluttet. I starten var prosjektet avgrenset til ett av tre omsorgsdistrikter i kommunen.

StART-prosjektet er evaluert i en rapport fra Høgskolen i Sør-Trøndelag. Modellen som benyttes er målrettet hjemmehabilitering i kombinasjon med dagbasert rehabilitering utenfor hjemmet.

I prosjektperioden i 2012 fungerte prosjektlederen (fysioterapeut) som teamleder. StART er i 2013 en del av kommunens ordinære drift. De tre stillingsgruppene (fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier) i det ambulerende rehabiliteringsteamet er knyttet til hver sine enheter.

Evalueringsrapporten av august 2013 understreker at det er ønskelig at kommunen fremover satser på hverdagsrehabilitering i tillegg til det ambulerende StART-teamet.

##### **2. Ressurser og kompetanse**

StART-prosjektet ble i 2012 finansiert ved Samhandlingsmidler fra Helsedirektoratet. Rehabiliteringsteamet bestod av prosjektleder (fysioterapeut) i 100%-stilling, 80%-stilling ergoterapeut (full stilling fra august og ut året) og fra august 100%-sykepleierstilling.

I 2013 består teamet av to ergoterapeuter i 50%-stilling, to fysioterapeuter med hhv. 80%- og 20%-stilling og en sykepleier (100%). Det betyr at det nå er flere personer som er knyttet til arbeidet innenfor StART og blir involvert i arbeidsmåten som kombinerer hjemme- og dagrehabilitering. Sykepleieren fungerer som teamleder og har ansvar for koordinering av arbeidet. De fem personene i teamet møtes imidlertid bare en gang i løpet av uken. Evalueringsrapporten av august 2013 kommenterer at dette stiller krav til god dokumentasjon i Gerica for å unngå at det oppstår misforståelser i forhold til arbeidsdelingen internt i teamet.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Brått fall i funksjonen ved sykdom eller skade
- Behov for tett oppfølging i en overgangsfase
- Brukeren trenger tværfaglig innsats
- Kan estimere en tidsavgrensning på tilbudet
- Må kunne definere mål for intervensjonen
- Brukeren må være motivert
- Brukeren har behov for å trene i kjente omgivelser

Eksklusjonskriterier:

- Demente
- Psykiske lidelser
- Brukere med kun pleie- og omsorgsbehov
- Brukere med behov for enkelttiltak/behandling

StART har i prosjektperioden fått flest henvisninger fra fysio- og ergoterapitjenesten (inkl. privatpraktiserende fysioterapeuter) og fra spesialisthelsetjenesten. Få henvisninger har kommet fra hjemmetjenesten, pårørende, fastleger og tiltaksrådet i kommunen. Henvisningene gjenspeiler målgruppen og innretningen av prosjektet: Det dreier seg ikke om hverdagsrehabilitering, men først og fremst om rehabilitering og hverdagsmestring etter sykdom eller skade.

### **4. Varighet av rehabiliteringsprosessen**

StART kombinerer hjemmerehabilitering med dagrehabilitering i en bolig to dager i uken.

Etter henvisning foretar to personer fra teamet med ulik fagbakgrunn et hjembesøk og gjennomfører en målsamtale. Brukerne blir bedt om å ha med en pårørende til denne samtalen som er en del av kartleggingen av brukerens ressurser og problemområder.

I evalueringsrapporten understrekes at besøk av to personer med ulik fagbakgrunn bidrar til en tværfaglig tilnærming og gjensidig læring i teamet – uten at det går utover den enkeltes faglige kompetanse innen sitt spesialfelt.

Teamet legger opp til individuelle rehabiliteringsforløp. Noen brukere har kun hatt oppfølging i hjemmet, andre har vært en dag hjemme og en dag på dagrehabilitering, mens atter andre har vært en eller to dager i uken på dagrehabilitering.

Foreløpig fattes det ikke vedtak om StART-tilbud, men fremover skal det fattes egne vedtak for dette tilbudet.

Stange opererer ikke med standardlengde for hjemmerehabiliteringen. Brukerens individuelle mål bestemmer lengden og innsatsen. Mest vanlig varer hjemmerehabilitering fra 3-4 måneder, med en variasjon fra 6 uker til 6 måneder.

### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

StART-teamet foretar en kartlegging ved førstegangsbesøk hos brukeren. Teamet bruker COPM, ADL-kartlegging (IPLOS), Bergs balanseskala og KOR (klient- og resultatstyrt praksis). Ved avslutning foretas en revurdering i COPM, ADL-kartlegging og Bergs balanseskala.

22 brukere har fått tilbud fra StART-prosjektet i 2012. Flest av disse (10 personer) har hatt hjerneslag, hodeskader og andre sykdommer med skader i sentralnervesystemet.

11 brukere avsluttet rehabiliteringsprosessen. Disse skåret betydelig bedre i COPM-revurdering, både når det gjelder utførelse og tilfredshet. Også ADL-kartleggingen (IPLOS) viser en betydelig

forbedring. De fleste målene som brukerne satte seg, ble oppnådd. Det ble også påpekt i evalueringen at det å komme ut av hjemmet og å trene sammen med andre, har hatt stor betydning: De brukerne som både fikk dagrehabilitering utenfor hjemmet og hjemmerehabilitering, kom seg raskere enn de som bare fikk hjemmerehabilitering. Kombinasjonen av trening i dagrehabiliteringen og hjemme-rehabilitering gir mulighet for mer intensiv oppfølging og gir større effekt enn hjemmerehabilitering alene.

Utover i prosjektet ble man også flinkere til å sette oppnåelige og tydeligere mål. Henvisningsrutiner vil bli fokusert i oppfølgingen for å sikre tidlig intervensjon.

## 6. StART og hverdagsrehabilitering

Ett av delmålene for StART-prosjektet var å utveksle erfaringer og kompetanse, og bidra til mer kunnskap om rehabilitering i bl.a. hjemmetjenesten.

Prosjektet organiserte tematreff i rehabilitering for medarbeiderne i «pilotdistriktet». Drøftingene viste at en rehabiliterende arbeidsmåte er givende for hjemmetjenestens ansatte fordi de ser fremgang. Flere kunne peke på brukere som ville ha godt av rehabilitering i en kortere periode. Tid, ressurser og tydelige føringer fra ledelsen er viktige forutsetninger for å få hverdagsmestring som ideologi forankret i hjemmetjenesten.

StART-teamet kommenterer at flere henvendelser som det hadde fått, gjaldt brukere som ikke har hatt et brått funksjonsfall. Dermed falt de utenfor inklusjonskriteriene for prosjektet. De aktuelle personene har imidlertid hatt funksjonsendring over tid og/eller fått hjelp av hjemmetjenesten. Å involvere disse i hverdagsrehabilitering vil kreve økte ressurser til både terapeutstillinger og i hjemmetjenesten. Teamet understreker at disse brukere ikke kan prioriteres innen dagens ressurser, uten at det ville gå ut over brukere som har behov for mer spesifikk rehabilitering.

**Kommune:** Trysil

**Antall innbyggere: 6 689**

### 1. Modell

Trysil har et kommunestyrevedtak av 21.06.2012 om innføring av hverdagsrehabilitering.

Innføring er organisert som et prosjekt med trinnvis utrulling:

- Fra 1.6.2013 – 31.8.2013 skal det være maks. to brukere samtidig i én av de to avdelingene i hjemmetjenesten.
- Fra 1.09.2013 – 31.01.2014 innføres hverdagsrehabilitering i den samme avdelingen uten begrensning av antall brukere.
- Fra 1.02.2014 tas det sikte på å innføre hverdagsrehabilitering uten begrensning av antall brukere i begge avdelinger.

Hverdagsrehabilitering organiseres i hjemmetjenesten. Engasjerte og motiverte medarbeidere skal starte med hverdagsrehabilitering. De organiseres i en ressursgruppe som skal ha tett samarbeid med ergo-/fysioterapiavdelingen.

I prosjektplanen kommenteres at Trysil er en geografisk stor kommune. For å sikre god logistikk, er det ikke hensiktsmessig å forankre hverdagsrehabilitering i et spesialisert team, men til hjemmetjenesten. Siktemålet er en gradvis utvikling som gjør at alle ansatte i hjemmetjenesten på sikt kan utføre oppgaver innen hverdagsrehabilitering.

Trysil har laget en informasjonsstrategi for hverdagsrehabilitering som er innrettet mot:

- Folkevalgte
- Befolkningen
- Ansatte
- Fastlegene
- Andre

Dette sikrer god forankring av arbeidet.

### 2. Ressurser og kompetanse

I oppstartfasen (fram til 31.12.2013) er en ergoterapeut (50%) knyttet til hverdagsrehabilitering, finansiert med prosjektmidler. Alle andre stillinger som er knyttet til hverdagsrehabilitering er omdisponert innenfor dagens ramme.

Ved utvidelse høsten 2013 og i løpet av 2014 vil begge avdelinger i hjemmetjenesten styrkes ved omdisponering av ergoterapikompetanse, forutsetningsvis altså uten tilførsel av nye ressurser.

I løpet av prosjektet har ressursgruppen(e) ansvar for å videreformidle kompetanse til hele hjemmetjenesten. I tillegg til daglig opplæring og veiledning gjennomføres det undervisning for alle ansatte i hjemmetjenesten.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

I prosjektperioden gis tilbud om hverdagsrehabilitering til brukere som søker om hjemmetjenester for første gang. Siden vil en vurdere om tilbudet også skal gis til eksisterende brukere som søker om utvidet hjelp.

Inklusjonskriterier:

- Nye brukere i alle aldre som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i minst en aktivitet i hverdagen.
- Brukere som er motiverte og som forstår instruksjoner.
- Brukere som har samtykkekompetanse.
- Brukere som bor hjemme.
- Utskrivningsklare pasienter fra sykehus eller døgnrehabilitering med behov for oppfølging hjemme.

Eksklusjonskriterier:

- Brukere som er vurdert til å ha behov for langtidsopphold på sykehjem
- Brukere uten rehabiliteringspotensial, f.eks. terminalt syke, personer med demens og langtkomne degenerative sykdommer.
- Brukere som er vurdert til å ha behov for døgnrehabilitering på institusjon.

Tildelingsenheten fatter vedtak om hverdagsrehabilitering etter en kartlegging av ergo-/fysioterapijenesten. Vedtaket hjemles som helsetjenester i hjemmet. Også brukere som mottar praktisk bistand og som søker om økte tjenester kan være aktuelle.

Basert på erfaringer fra Fredericia og Bodø, regner Trysil med at det vil være 8-10 brukere av hverdagsrehabilitering i løpet av et år.

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

I Trysil fattes vedtak om hverdagsrehabilitering med en standardlengde på tre måneder. Dersom brukeren er i positiv utvikling og det er behov for noe lengre tid, forlenges vedtaket.

Så langt har Trysil hatt fire brukere som har fått hverdagsrehabilitering. En av disse er faset ut og er blitt selvhjulpel innen vedtaksperiodens utløp.

### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Ergoterapeut benytter COPM ved start og avslutning, og COOP/WONCA (egenopplevd helse) to ganger i løpet av vedtaksperioden og 12 uker etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

Økonomisk effekt måles ved at det lages en innstilling om ordinære hjemmetjenester ved oppstart av hverdagsrehabilitering. Dette fremskrives til antatt årlig tidsbruk som kan sammenlignes med tidsbruken ved vedtak om hverdagsrehabilitering.

**Kommune:** Horten

**Antall innbyggere: 26 595**

#### **1. Modell**

Hverdagsrehabilitering i Horten startet i februar 2013 først i en og så i to hjemmesykepleiesoner. Etter en foreløpig evaluering i august/september ble tilbudet utvidet og omfatter nå alle fem soner.

Hverdagsrehabilitering er organisert rundt et rehabiliteringsteam og hjemmetrenerne i sonene. Teamet er organisert i Enhet for forebygging og samhandling, mens hjemmetrenerne er knyttet til sonene i hjemmetjenesten.

I utgangspunkt skal hverdagsrehabiliteringsteamet være daglig hos brukerne. Rehabiliteringsteamet og hjemmetrenerne fordeler oppgaver seg i mellom.

## **2. Ressurser og kompetanse**

Hverdagsrehabiliteringsteamet består av:

- To ergoterapeuter
- To fysioterapeuter
- En sykepleier

I starten hadde Horten tre hjemmetrenerne, hhv. sykepleier, hjelpepleier og praktisk bistand (helsefagarbeider). Etter utvidelsen til alle soner er det nå 6 hjemmetrenerne.

Alle stillinger er omgjort. Satsning på hverdagsrehabilitering har ikke ført til nye stillinger.

Evalueringen per 1.10.2013 kommenterer at involvering av hjemmetrenerne har vært for lav. Mer utstrakt bruk av hjemmetrenerne vil sannsynligvis bedre utfallet med mindre ressursbruk. Det reises imidlertid også spørsmål hvordan og når hjemmetrenerne skal involveres. Dersom de skal delta på målmøtet, blir det mange møter.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Pasienter som bor hjemme og har hatt akutt fall i funksjoner
- Pasienter som har et rehabiliteringspotensial
- Pasienter som er motivert og kan nyttiggjøre seg tilbudet
- Pasienter som har behov for tverrfaglig oppfølging i min. 14 dager
- Medisinsk avklarte pasienter
- IPLOS score under 3 før akutt fall i funksjon

Eksklusjonskriterier:

- Kognitiv svikt av en slik art at pasienten ikke kan ta instruksjon og nyttiggjøre seg av oppfølgingen
- Tung psykiatri og rus
- Langtidsvedtak

Pasienter som er aktuelle for hverdagsrehabilitering kan henvises av helsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjon, hjemmetjenesten, fastleger eller ergo- og fysioterapeuter.

Det fattes vedtak om hverdagsrehabilitering.

## **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er tidsbegrenset, fra 2 til 6 uker.

Forløpet:

Hverdagsrehabiliteringsteamet innkaller til en målsamtale med hjemmetjenesten og brukeren.

Oppgavene fordeles mellom hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten.

Proessen evalueres etter 2 og 4 uker, eventuelt med nye delmål og ansvarsfordeling.

Etter 6 uker evalueres prosessen på nytt og pasienten overføres til hjemmetjenesten.

I evalueringsrapporten av oktober 2013 kommenteres at valg av riktige pasienter er kritisk for å opprettholde effekten. Vurderingene må standardiseres bedre. Tidligere har det tatt lang tid fra henvisning til oppstart, med gjennomsnittlig 6,6 vurderinger per pasient før oppstart. Horten har arbeidet med å sikre at alle som tas inn i hverdagsrehabilitering har utbytte av prosessen. For å sikre rask oppstart, har en redusert antall vurderinger og har fokus på oppstart av hverdagstrening.

## **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Horten har god dokumentasjon på brukere som har fått hverdagsrehabilitering fram til 1.10.:

- 14 pasienter har avsluttet hverdagsrehabilitering, 1 døde og 1 er overført til Sunnås.
- Gjennomsnittlig 32 besøk/behandlinger per pasient.
- Gjennomsnittlig ADL-score på 2,26 ved oppstart og 2,06 ved avslutning.



- COPM er utført for 9 pasienter:
  - Gjennomsnittlig score for utførelse 4,15 ved oppstart og 7,03 ved avslutning
  - Gjennomsnittlig score for tilfredshet 4,04 ved oppstart og 7,43 ved avslutning
- Gjennomsnittlig behov for hjemmesykepleie 6 timer 23 minutter ved oppstart og 4 timer 15 minutter ved avslutning (gjennomsnittlig reduksjon på 33 %).

**Kommune:** Sandefjord

**Antall innbyggere: 44 629**

### 1. Modell

Sandefjord etablerte tverrfaglige rehabiliteringsteam i tre utvalgte hjemmetjeneste-avdelinger med oppstart 1.3..2013. Pilotprosjektet *Best hjemme* er politisk vedtatt i oktober 2012. Tidsrammen for prosjektet er satt til 2 år

Prosjektets hensikt er å utvikle en modell for hjemmerehabilitering som kan implementeres i alle hjemmetjenesteavdelingene i kommunen. En arbeidsgruppe vurderte i forkant av fremlegg for administrasjon og politikere tre ulike modeller:

- Hverdagsrehabilitering i likhet med Fredericias opprinnelige modell: En slik modell krever opprettelse av en ny spesialisert enhet med høyt innslag av terapeuter. Modellen ble vurdert som kostnadskrevene og den kan stjele viktige ressurser fra de ordinære tjenestene.
- Innsatsteam/rehabiliteringsteam som gir nye brukere tilbud om hverdagsrehabilitering i eget hjem. Innsatsteamet arbeider kun på dagtid. På kveldstid ytes ordinære tjenester. Det vil være lettere å rekruttere medarbeidere til et innsatsteam på grunn av mindre vaktbelastning. Brukerne må inn på flere arbeidslister, noe som innebærer økt administrasjon og svekker kontinuiteten.
- Hjemmerehabilitering: Etablering av eget rehabiliteringsteam i den enkelte hjemmetjenesteavdeling. Denne modellen ble vurdert som billigere og enklere ved at eksisterende strukturer beholdes. Dokumentasjon og rapportering skjer internt i den enkelte avdelingen. Dermed unngås misforståelser. Ergo- og fysioterapeuter kommer nært på alle i hjemmetjenesteavdelingen. Alle medarbeidere på kveld og helg må trenes og læres opp i tenkning og arbeidsmåte knyttet til hjemmerehabilitering.

Den siste modellen ble valgt. Den er en kombinasjon av Fredericias hverdagsrehabilitering og Trænende hjemmehjelp. Modellen innebærer at avdelingene benytter en ny type arbeidsliste (rehabiliteringsliste) for de brukere som inngår i Best hjemme. Listen blir betjent av avdelingenes rehabiliteringsteam. En stor fordel ved denne modellen anses å være smitteeffekten i forhold til den øvrige hjemmetjenesten.

I første omgang gis det tilbud til nye brukere og etter hvert eksisterende brukere i tre hjemmetjenesteavdelinger.

### 2. Ressurser og kompetanse

Rehabiliteringsteamene i hver av de tre avdelingene har:

- 50% ergoterapeut
- 33% fysioterapeut
- 100% sykepleier/hjelpepleier (i to av avdelingene er det avsatt to 50%-hjelpepleierstillinger, en av avdelingene har en 100%-sykepleierstilling i teamet)

I tillegg er en 40%-stilling knyttet til prosjektleder.

Stillingene finansieres over samhandlingsmidler.

### 3. Målgrupper og brukere/pårørende

Inklusjonskriterier:

- Hjemmeboende brukere med definert behov for helsetjenester i hjemmet, som har erfart brått funksjonstap som følge av sykdom eller skade
- Brukere med definert rehabiliteringspotensial
- Brukere som er motivert for og ønsker å motta hverdagsrehabilitering

Eksklusjonskriterier:

- Manglende samtykkekompetanse

Avdelingsleder i hjemmetjenesten beslutter om det skal gis tjenester fra avdelingens rehabiliteringsteam. Dette gjøres i samarbeid med sykehuskontakt, bruker/pårørende, terapeut og sykepleier i avdelingen. Det fattes vedtak først 14 dager etter iverksettelse av tjenesten. Saksbehandler i utredningsavdelingen utformer vedtak i samarbeid med pasient, terapeut og avdelingsleder.

Vedtaket er tidsavgrenset og inneholder klare mål.

Rehabiliteringsteamene i de tre avdelingene har ansvar for oppstart, gjennomføring og avslutning av hjemmerehabilitering. Teamene, avdelingsleder og saksbehandler fra Utredningsavdelingen (tildelingsenheten) møtes en gang i uken for å drøfte aktuelle deltakere i Best hjemme, utveksle informasjon og følge opp deltakerne i Best hjemme.

Samarbeid om tjenester på kveld / helg foregår gjennom grundig dokumentasjon i brukers journal (brukers mål inn i pleieplan – definert videre som tiltak, dette fremkommer igjen på den enkelte ansattes arbeidsliste på kveld/helg) samt ved muntlig rapport daglig. Dette har fungert bra.

Sandefjord konstaterer en god smitteeffekt over til de ordinære hjemmetjenestene. Selvsagt er dette spesielt synlig der funksjonssvikten har vært stor og fremgangen stor slik at det merkes godt i tjenesten.

Avdelingslederne var med i arbeidsgruppen som jobbet i forkant av politisk vedtak. De var også på studietur til to kommuner i Danmark i 2012 og lot seg inspirere av ulike modeller for hjemme-/ hverdagsrehabilitering der. Erfaringen så langt i prosjektet er nær og god samhandling med avdelingslederne, spesielt der hvor personen har vært den samme gjennom hele perioden (to avdelingsledere er byttet ut i 2013). Avdelingslederne er ukentlig med på teammøtet der rehabiliteringsteamet og fast representant fra kommunes Utredningsavdeling (saksbehandler) deltar. Dette er også med og bidrar til forståelse og nærhet til prosjektet. Likeledes har prosjektleder fast samhandlingsmøte med avdelingslederne ca 1 x pr mnd.

#### **4. Varighet av hjemmerehabilitering**

Ett av målene i prosjektplanen for Best hjemme er å finne en mulig standard for tidsavgrensning for tilbudet til den enkelte brukeren.

For noen kan hjemmerehabilitering avsluttes raskt, andre kan overføres til ordinære lister, mens andre vil ha behov for lengre rehabiliteringsperioder. Periodene har variert fra ca. 14 dager opptil 6 måneder. Gjennomsnittet anslås til å ligge rundt 4-5 uker.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Pilotprosjektet har definert følgende mål, som bygger på erfaringene fra Fredericia:

- 40% av deltakerne i Best hjemme skal være selvhjulpne etter avsluttet hjemmerehabilitering
- 45% av deltakerne skal i liten grad ha behov for hjemmebaserte tjenester etter hjemmerehabilitering
- 15% av brukerne skal ha uendret behov for hjemmebaserte tjenester etter hjemme-rehabilitering.

Rehabiliteringsteamene skal benytte COPM, SPPB, Barthel og ADL-kartlegging (IPLOS) både ved oppstart og avslutning av rehabiliteringsperioden.

Ca. 40 brukere har vært eller er i Best hjemme per november 2013. Ca. 25 har vært vurdert, men ikke vært aktuelle. Videre er det noen lette brukere som teamene ikke i tilstrekkelig grad har registrert inn i prosjektet.

Sandefjord kommenterer at en ikke har lyktes med god nok registrering i oppstartsfasen, derfor er tallmateriale ikke godt enda. Klar og tydelig registrering og dokumentasjon har vært satsningsområder høst 2013.

**Kommune:** Nøtterøy

**Antall innbyggere: 21 100**

### 1. Modell

Nøtterøy kommune utarbeidet en prosjektplan for innføring av hverdagsrehabilitering våren 2012. Prosjektet er forankret i en sak til kommunestyret som ble behandlet i september 2012 som konkluderte med at «hverdagsrehabilitering innføres som en standard for rehabilitering i Nøtterøy kommune».

I 2013 endret kommunen benevnelsen og startet prosjektet *Hjemmerehabilitering*. Første bruker skulle etter forutsetningene få tilbud om hjemmerehabilitering i mars 2013.

Nøtterøy kommunes modell for hverdagsrehabilitering innebærer at tjenestekontoret vurderer behov og fatter vedtak – i aktuelle tilfeller med henvisning til hjemmerehabilitering.

Fysio-/ergoterapeut gjennomfører et hjemmebesøk og setter opp en rehabiliteringsplan innen 48 timer etter henvisning.

Den daglige kontakten i hjemmet med ergo-/fysioterapeut overtas gradvis av hjemmetrenerne. Terapeutene går inn i en veilederrolle.

### 2. Ressurser og kompetanse

Nøtterøy kommune har ikke ansatt nye medarbeidere som eksplisitt skal knyttes til hjemmerehabilitering.

Eksisterende stillinger (fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjemmetjenesten) skal forestå hjemmerehabilitering.

Fysio- og ergoterapeuten har endret sin prioriteringsnøkkel og plasserer hjemmerehabilitering i prioriteringskategori 1, sammen med andre tilfeller der rask intervensjon er nødvendig og har stor betydning for effekten av tiltak. 1. prioritet innebærer at sak skal begynnes innen en uke.

Nøtterøy kommune har gjennomført opplæring av relevante medarbeidere i motiverende samtale og hjemmerehabilitering. To ergoterapeuter har fått opplæring i COPM og en tverrfaglig gruppe har deltatt på et kurs i bruk av IPLOS/ADL-kartlegging som kommunen organiserte.

### 3. Målgrupper og brukere/pårørende

Etter det vi forstår anser Nøtterøy kommune i utgangspunkt alle brukere av hjemmetjenester, over 18 år, som aktuelle for hjemmerehabilitering. Personer med demens og terminalt syke ekskluderes.

Tjenestekontoret skal vurdere behov, fatte vedtak og henvise aktuelle brukere til hjemmerehabilitering.

### 4. Varighet av hjemmerehabilitering

Tjenestekontoret har laget en egen mal for vedtak om hjemmerehabilitering.

Vedtaket gis for fire uker. Innhold og omfang kommer fram i den enkelte pasients rehabiliteringsplan.

Erfaringene så langt er at brukere som får hverdagsrehabilitering ifm. hoft/brudd har brukt sine fire uker, for brukere med hjerneslag må rehabiliteringsperioden utvides.

### 5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater

Alle personalgrupper som er involvert i hjemmerehabilitering har fått opplæring i motiverende samtale.

Ergoterapeut benytter COPM i forbindelse med vurdering av hjemmerehabilitering og ved avslutning. I tillegg kartlegges ADL-funksjonsnivå (IPLOS) både ved start og avslutning.

Så langt har 15 personer i Nøtterøy fått hjemmerehabilitering.

Nøtterøy kommune har etablert et eget forskningsprosjekt (pilotprosjekt) der 20 brukere skal delta før og etter gjennomført hjemmerehabilitering. Siktemålet er å kartlegge brukernes opplevelse av

helseeffektene av hjemmerehabilitering versus rehabilitering på institusjon. Kartleggingen omfatter mobilitet, adl-funksjoner, smerte/ubehag, depresjon m.m. Brukerne svarer på to kartleggings skjema og svarene kobles mot COPM-skåre ved oppstart og ved avslutning av rehabiliteringsperioden. 8 brukere har per i dag deltatt og fylt ut kartleggings skjemaene.

**Kommune:** Songdalen

**Antall innbyggere: 6 285**

## 1. Modell

Songdalen startet i januar 2013 planleggingen for å få hverdagsrehabilitering implementert som en ny tjeneste innen helse/omsorg. Utviklingssenteret i Songdalen bidrar med frikjøp av ressurspersoner som er ansatt i helse-/omsorgsenheten.

Kommunen etablerte en ressursgruppe bestående av en helsefagarbeider, en sykepleier, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Fra februar til mai ble ressursgruppen frikjøpt en dag i uken for å utvikle en arbeidsmåte for hverdagsrehabilitering – *Songdalenmodellen*.

Oppstart for modellen/tjenesten som ressursgruppen utviklet, var 10. september 2013, med et halvdagsseminar for alle ansatte i hjemmetjenesten.

Ressursgruppen har utarbeidet maler for rehabiliteringsplan, ukeplan og registrering av tidsbruk i hverdagsrehabilitering. I tillegg har ressursgruppen laget en oversiktlig huskeliste, der det forutsettes krysset av hvilke aktiviteter som er gjennomført ved oppstart, underveis, ved avslutning og i evalueringen hhv. 6 og 12 måneder etter avslutning av hverdagsrehabilitering.

Et første hjemmebesøk skal gjennomføres innen 48 timer etter henvisning. På dette besøket benyttes metoden motiverende samtale sammen med et vurderingsskjema, rehabiliteringspotensial vurderes, og det konkluderes om bruker er aktuell for hverdagsrehabilitering. Det første hjemmebesøket foretas av den fagpersonen i ressursgruppa som antas å være mest aktuell ift. de opplysninger som er mottatt (f.eks. sykepleier, dersom brukeren har utfordringer med medisiner).

Ved neste besøk benyttes motiverende samtale og kartleggingsverktøyet COPM for å finne ut hva som er brukerens ønsker og mål. Kartleggingsbesøket gjennomføres stort sett av to personer, en terapeut og en sykepleier/helsefagarbeider. Ut fra dette lages en plan hvor det blir tilrettelagt for at brukeren kan jobbe mot sine egne mål. Planen justeres etter hvert som brukeren mestrer sine mål i rehabiliteringsplanen.

I starten skal brukerne følges tett opp av fagpersoner i ressursgruppa. Aktuelle ansatte i hjemmetjenesten veiledes for å bli hjemmetrener. Disse overtar etter hvert ansvaret for den daglige oppfølgingen av brukerne. Det vektlegges å samarbeide nært med brukerens nettverk, familie og frivillige hvis det kan bidra til å nå brukerens mål.

Alle som jobber i hjemmetjenesten kan bli involvert og veiledet til å bli hjemmetrener. Det kommer an på hvilken liste brukeren er på – og hvem i hjemmetjenesten som går denne listen. Flere av de som jobber i hjemmetjenesten har tidligere (ca. 2010-2011) fulgt en opplæringspakke for rehabilitering i regi av utviklingssenteret i kommunen.. 4-5 ansatte har også videreutdanning i rehabilitering fra ca. 2006. Kommunen har ikke noen plan for videre kompetanseheving utover det de ansatte i hjemmetjenesten fikk på halvdagsseminaret 10. september.

Ressursgruppa prøver å involvere og veilede primærkontakt først og deretter de øvrige medarbeidere i hjemmetjenesten som går listen som bruker befinner seg på.

## 2. Ressurser og kompetanse

Gjennomføring av modellen er avhengig av frikjøp av sykepleier og helsefagarbeider fra hjemmetjenesten en dag i uken hver. Dette tilsvarer totalt en 40%- stilling. Utviklingssenteret finansierer dette.

I juni 2014 da skal modellen og arbeidet så langt evalueres, og det er tenkt at tjenesten videreføres i ordinær drift.

Fysioterapeuten og ergoterapeuten skal prioritere arbeidet med hverdagsrehabilitering inn i sin daglige drift. Dette kan medføre at andre grupper kan få et redusert tilbud.

Ressursgruppa har et godt samarbeid med det private fysioterapiinstituttet i kommunen og en god arbeidsfordeling. Kommunen har de siste årene foretatt en gradvis endring i prioriteringen, med mer fokus på å komme tidligere inn og prioritere brukere som bor hjemme og som har potensial for bedring av funksjonsnivå gjennom fysioterapi. Det private instituttet har en større andel personer med kroniske problemer.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Hjemmeboende som henvender seg for å få helse- og omsorgstjenester
- Utskrivningsklare pasienter fra sykehus
- I hovedsak personer over 65 år
- Brukere som har et rehabiliteringspotensial og som er motivert for hverdagsrehabilitering
- Hverdagsrehabilitering tilbys også brukere som allerede får tjenester

Eksklusjonskriterier:

- Personer med kognitiv svikt
- Personer i terminal fase
- Personer med kronisk sykdom og lite mulighet for funksjonsendring
- Personer med psykiatri og rusproblematikk

Som nevnt ovenfor skal hverdagsrehabilitering samarbeide med pårørende, brukerens øvrige nettverk og frivillige.

Til nå har ressursgruppa fått de fleste henvendelser fra hjemmetjenesten og plukket opp noen på rehabiliteringsavdelingen. Gruppa har til nå vært på offensiven og plukket ut en del brukere selv.

Alle som søker om tjenester for første gang, skal tilbys og vurderes om de er aktuelle for hverdagsrehabilitering. Dersom en bruker søker om tjenester for første gang, registreres et estimert timeantall hjemmesykepleie de vanligvis ville fått. Dette gjøres av sykepleier eller fagarbeider i ressursgruppa, bl.a. ved registrering av IPLOS. Brukere som ikke har hjelp fra hjemmesykepleien, men kanskje praktisk bistand er også aktuelle for vurdering.

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Oppfølgingstiden vurderes individuelt, men med en maksimal grense for vedtak om hverdagsrehabilitering på 3 måneder.

Oppfølgingen av brukeren trappes ned etter hvert og avsluttes helt når brukeren har nådd sine mål. Dersom brukeren fremdeles har behov for bistand etter tre måneder, lages det en plan for dette ved avslutning av hverdagsrehabilitering. Sluttrapport sendes fastlegen.

### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Songdalen kommune vil benytte COPM som verktøy for å avdekke aktivitetsproblemer og for å sette mål for brukerne. ADL-kartlegging iht. IPLOS benyttes for å kartlegge funksjonsnivå, sammen med SPPB og COOP/WONCA (funksjonsmåling).

Disse kartleggingsverktøy skal forutsetningsvis brukes ved oppstart og etter intervensjonen, samt 6 måneder og ett år etter avsluttet hverdagsrehabilitering.

I tillegg registreres antall timer i hjemmesykepleie/tjenester før og etter intervensjon, samt antall timer hverdagsrehabilitering. Tidsbruk overfor brukere som har deltatt i hverdagsrehabilitering skal også registreres etter 6 måneder og ett år.

Songdalen vil også kartlegge tilfredshet blant ansatte som har deltatt som hjemmetrenere.

Fra oppstart til utgangen av november har 5 personer i Songdalen fått tilbud om hverdagsrehabilitering. Alle har hatt pleie- og omsorgstjenester før oppstart av hverdagsrehabilitering, fire har imidlertid hatt få timer hjelp i uka.

Kommunen er i ferd med å avslutte hverdagsrehabilitering for to av brukerne og vil avslutte de neste to antakelig før jul. For en av deltakerne ble hverdagsrehabilitering avsluttet uten evaluering på grunn av et sammensatt bilde.

**Kommune:** Voss

**Antall innbyggere: 14 061**

## 1. Modell

Hverdagsrehabilitering i Voss går ut på tidlig intervensjon, der daglig trening integreres i helsehjelp/pleie og praktisk bistand.

*Vossamodellen* innebærer at det etableres et spesialteam bestående av ergoterapeut og fysioterapeut som lærer opp og veileder hjemmetjenesten. Teamet skal gradvis gjøre seg overflødig ved at personalet i de ordinære tjenestene overtar treningsoppgavene. Oppgavene skal kontinuerlig tilpasses brukerens ønsker om hvilke oppgaver det er viktigst å mestre.

Hvem som utfører den daglige treningen er avhengig av hvilke aktiviteter som det trenes på og hvilke øvrige tjenester som ytes til den aktuelle brukeren. Som oftest vil det være assistent, hjemmehjelp eller helsefagarbeider, det kan imidlertid også være hjemmesykepleier, ergo- eller fysioterapeut. Et sentralt siktemål er integrering av mestringsstanken og en kulturendring i hjemmetjenesten. Dette skal bidra til:

- Økt trivsel hos medarbeiderne i hjemmetjenesten
- Økt mestringsevne og selvhjulpenhet blant brukerne
- En mer rasjonell og effektiv drift av helse- og omsorgstjenestene i Voss kommune.

Voss kommune beskriver at valget av en modell som satser på sterk integrering av hverdagsrehabilitering i hele hjemmetjenesten, er en følge av følgende forutsetninger:

- Når alle tjenesteytere har fokus på brukernes evner/restevner og potensiale, gir det raske og mer varige effekter, enn et terapeutteam som arbeider med sine brukere ved siden av de ordinære tjenestene.
- Kommunens størrelse og avstander gjør det dessuten lite effektivt og innebærer dårlig kapasitetsutnyttelse å knytte hverdagstrening til et team som må bruke mye tid for å reise rundt til brukerne, ofte i tillegg til ordinære hjemmebaserte tjenester til de samme brukere.

Prosjektet startet høsten 2011, med implementering fra mai 2012 til våren 2014. Voss kommune planlegger å implementere *Vossamodellen* som en ny fast tjeneste i hele kommunen i løpet av våren 2014. Prosjektet ledes av en prosjektleder som har ansvar for implementeringen. Den lokale prosjektgruppen består av prosjektleder, soneleder/hjemmehjelpsleder, ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Dessuten er Eldrerådet, Råd for funksjonshemmede, FFO og en fagorganisasjon representert i prosjektgruppen.

Voss har etablert et team med ergo- og fysioterapeut som er organisert i rehabiliteringstjenesten. Teamet arbeider tett sammen med sonene/sektorene i hjemmetjenesten.

*Vossamodellen* blir i prosjektperioden fulgt av Høyskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest, Utviklingscenter for sykehjemstjenester i Hordaland og Helse Bergen Voss sjukehus.

## 2. Ressurser og kompetanse

Voss viser til erfaringer fra Fredericia som påpeker at medarbeiderne i hjemmetjenesten er den personalgruppen som har blitt mest påvirket og opplever størst forbedring i arbeidssituasjonen. Voss vil derfor bruke hverdagsrehabilitering for å styrke denne personalgruppen – ikke opprette spesialiserte team.

Alle ansatte i hjemmetjenesten skal ha fokus på brukerens ressurser og kunne utføre hverdagsrehabilitering/hverdagstrening. Dette krever imidlertid mye og bred opplæring, samt at helsefagarbeidere i større grad går inn i hjemmehjelpsoppgaver. De høyskoleutdannede veiledere besøker sonene hver uke for å følge opp medarbeiderne i hjemmetjenestene.

Terapeutene i teamet er innom brukerne ukentlig for trening og observasjon. Dette er viktig for å sikre progresjon i forløpet og god kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og terapeutene.

I prosjektet er det opprettet 50%-stilling fysio- og 50%-stilling ergoterapeut, i tillegg til en 50%-ergoterapeut som er flyttet. Kontaktpersonene i sonene er viktige for å sikre at hverdagsrehabilitering forankres og er i fokus i sonene. Kontaktpersonene i sonene er ikke frikjøpt, men teamet mener at det ville være en fordel.

### **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Nye søkere
- Søkere som søker om mer hjelp eller andre tjenester
- Personer som søker om rehabilitering

Eksklusjonskriterier:

- Under 18 år
- Personer uten samtykkekompetanse
- Personer som ikke behersker norsk skriftlig og muntlig
- Kognitiv svikt av en slik art at det vanskeliggjør innlæring
- Terminal fase
- Personer med behov for langtidsplass/dag- eller døgntilbud til rehabilitering

Personer som oppfyller inkluderingskriteriene kartlegges og ergoterapeut og fysioterapeut utarbeider en individuell rehabiliteringsplan sammen med brukeren. Etter det vi har forstått, henvises nye aktuelle brukere fra kommunens forvaltningsenhet. Hjemmetjenestene oppfordres til å vurdere eksisterende brukere som har et rehabiliteringspotensial.

Første bruker fikk hverdagsrehabilitering i mai 2012. Pr. 12. juli 2012 er tre brukere inkludert.

Per medio november er 45 personer randomisert, dvs. at halvparten får hverdagsrehabilitering og halvparten ordinære tjenester. 40 personer har hatt kontroll/oppfølging etter 3 måneder (ved avslutning), 17 etter 9 måneder og tre etter 15 måneder. I alt har 6 brukere falt fra.

### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

I vedtaket får brukerne tilbud om hverdagsrehabilitering i tre måneder. For å sikre varig trygghet pleier Voss å bruke disse 3 månedene også for brukere som oppnår sine mål tidligere. Noen ganger tar en tak i nye aktiviteter/mål underveis i prosessen.

Voss konstaterer at noen brukere har vært inkludert som ikke burde fått tilbud om hverdagsrehabilitering. Dette gjelder brukere som i liten grad har fulgt opp egentrening eller overført mestring til dagliglivet. For noen har utfordringene vært for store til at brukeren har hatt kraft til å bidra, for andre handler det om at innsikt og handlekraft ikke helt stemmer overens.

### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Voss sikrer brukerstyring av rehabiliteringsprosessen og bruker COPM-kartlegging for å sikre dette. COPM gjennomføres også etter 3 måneder (ved avslutning). Rekartleggingen gjennomføres både for de som har fått hverdagsrehabilitering og personer i kontrollgruppen av en terapeut som ikke vet hvilken gruppe personen tilhører (om vedkomende har fått hverdagsrehabilitering eller ei).

Til bruk i forskningsøyemed registrerer Voss all direkte brukerrettet tid i forløpet.

**Kommune:** Holtålen

**Antall innbyggere: 2 030**

#### **1. Modell**

Holtålen kommune la frem prosjektplan for hverdagsrehabilitering *Lengst mulig i eget liv* for driftsutvalget den 28.11.2012.

I desember 2012 ble det diskutert hvilke kandidater som er egnet til å bli med. Kandidater ble utvalgt underveis i prosjektet. Vinteren 2012/13 ble det gitt opplæring og veiledning til personalet som skulle delta i prosjektet. Prosjektet er godt forankret i den administrative ledelsen i kommunen og vil pågå ut 2013.

Prosjektet utgjøres av et rehabiliteringsteam i samarbeid med hjemmetjenesten. Rehabiliteringsteamet er motor i arbeidet. Det vil si at de leder arbeidet med kartlegging, lager rehabiliteringsplan og veileder hjemmetrenerne. Iht. prosjektplanen skulle det velges ut seks brukere til prosjektet, tre på våren og tre på høsten. Så langt er hverdagsrehabilitering gjennomført for fire brukere med godt resultat. I begynnelsen av desember er snart alle seks brukere gjennomført.

## **2. Ressurser og kompetanse**

Rehabiliteringsteamet består av:

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Sykepleier med rehabiliteringskompetanse.

Hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering

I prosjektplanen ble det anslått at rehabiliteringsteamet vil bruke 10% på hver stilling i forberedelsen og 20% i gjennomføringsfasen. Det har vist seg at teamet i 2013 brukte vesentlig mindre tid enn man regnet med.

Hjemmetrenerne utgjøres av helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere. Prosjektet regner med at hjemmetrenerne bruker noe mer tid på de aktuelle brukerne i forhold til et vanlig besøk av hjemmetjenesten i en startfase, men at man så på sikt bruker mindre tid. I tillegg brukes det ressurser/tid ift. opplæring og planlegging.

Prosjektet i Holtålen har ikke faste hjemmetrenerne, men primærkontakter i hjemmetjenesten som har ansvar for at hverdagsrehabilitering blir gjennomført. Det betyr at alle i hjemmetjenesten deltar i prosjektet. Opprinnelig skulle prosjektet begrenses til en geografisk sone i hjemmetjenesten men i en sone alene var det ikke tilstrekkelig mange aktuelle brukere.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Alle aldersgrupper, men oftest eldre som risikerer eller har funksjonsnedsettelse i hverdagsaktiviteter
- Innbyggere som er motiverte og forstår instruksjon
- Innbyggere som har et rehabiliteringspotensiale
- Hjemmeboende
- Utskrivningsklare innbyggere fra sykehus eller døgnerhabilitering

Eksklusjonskriterier:

Personer uten rehabiliteringspotensiale. Dette innebærer:

- Langtkomne degenerative sykdommer
- Terminalt syke
- Demente

Forslag til brukere kom fra hjemmetjeneste. Hvilke brukere som ble involvert i prosjektet ble bestemt i felles rådslagning mellom hjemmetjenesten og rehabiliteringsteamet.

I prosjektet er det ikke tatt vedtak om hverdagsrehabilitering og tidsbruk er ikke blitt spesifisert. Det ble imidlertid avtalt hvor ofte tiltak skal skje, f.eks. oppfølging med hjemmetrener en gang per dag.

Ved oppstart neste år blir hverdagsrehabilitering en arbeidsform på lik linje med vanlig rehabilitering og det vil bli tatt vedtak. Alle i teamet har kompetanse og gjør alle kartlegginger (COPM, SPPB etc.).

Etter kartlegging og vedtak holdes et tverrfaglig møte i brukerens hjem, om mulig med pårørende til stede. Rehabiliteringsteamet, hjemmetrener og bruker/pårørende setter på dette møte opp en rehabiliteringsplan med mål og tiltak.

I noen tilfeller har primærkontakt (som har ansvar for å videreformidle til andre hjemmetrener) vært med ved planlegging av mål/tiltak for noen brukere. Ergo-/ fysioterapeut er til dels med på morgenmøte med hjemmetrener/hjemmetjeneste mandag morgen.



#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Prosjektplanen legger opp til at rehabiliteringsprosessen skal vare i 8 uker, regnet fra gjennomført kartlegging.

Etter fire uker skal det foretas en midtveisevaluering. På sluttevalueringen deltar rehabiliteringsteamet og i noen tilfeller primærkontakt/hjemmetrener. Sluttevalueringen dokumenteres i Gerica.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

I kartleggingen benyttes COPM, SPPB og eventuelt TUG, Bergs balanseskala, Barthel Index, sjekklister for bolig.

De to siste brukere i prosjektet avsluttes rett før jul. Prosjektet skal evalueres i januar 2014.

Evalueringen vil fokusere på:

- Ressursbruk i hjemmetjenesten hos den enkelte bruker før og etter gjennomført hverdagsrehabilitering.
- Brukernes livskvalitet og mestring.

Teamet konstaterer at alle brukere fortsatt har hjemmetjeneste, men at de fleste av deltakerne er mer selvhjulpne og trenger mindre bistand fra hjemmetjenesten enn før.

**Kommune: Malvik**

**Antall innbyggere: 13 085**

#### **1. Modell**

Malvik kommune nedsatte vinteren 2012 en tverrfaglig arbeidsgruppe med mandat å starte et prosjekt *Hverdagsrehabilitering – mestring av dagliglivets aktiviteter*. Prosjektet skal gå frem til 31. desember 2014.

Målet for prosjektet er å innføre hverdagsrehabilitering som en arbeidsmetode for tverrfaglig innsats. Prosjektet legger vekt på å bygge en ny kultur med felles tankesett og arbeidsform, fra fokus på pleie til fokus på mestring. For å få til en holdningsendring i en innarbeidet arbeidskultur, kreves det omfattende og målrettet informasjonsarbeid.

Det er behov for informasjons- og opplæringsinnsats i forhold til:

- Innbyggere, brukerutvalg, pensjonistforening, folkevalgte og kommunens administrative ledelse,
- Ledere og ansatte i tjenestene
- Medarbeiderne som skal jobbe konkret med hverdagsrehabilitering (tverrfaglig team)

Arbeidsgruppen utarbeidet en rapport med forslag til implementering av hverdagsrehabilitering i Malvik i mars 2013.

Forslagene innebærer at det opprettes et tverrfaglig team som arbeider med hverdagsrehabilitering. Teamet skal ha kompetanse innen ergo- og fysioterapi, sykepleie og annen kompetanse fra hjemmesykepleien eller andre yrkesgrupper som tjener formålet. Etablering av et eget team med et helhetlig ansvar for prosessen begrunnes med at dette innebærer en ny arbeidsform som krever at medarbeiderne i prosessen er motiverte, har nødvendig (og supplerende) kompetanse og at de har gode samarbeidsevner.

Selv om rehabiliteringsteamet tar seg av hele prosessen overfor brukerne, understreker arbeidsgruppen at:

- Kompetansen til de ulike faggruppene som involveres skal benyttes ved at de har ulike arbeidsoppgaver – i tråd med sin kompetanse/fagbakgrunn.
- Alle yrkesgruppene i prosjektet skal delta i hjemmetreningen med de ulike brukere – for å sikre at man tenker helhetlig og arbeider for at bruker opplever mestring i eget liv.

Framdriftsplanen som skisseres i arbeidsgruppens rapport, innebærer at tilbud om hverdagsrehabilitering starter 1. september 2013. Per i dag er teamet etablert og planlegger oppstart av hverdagsrehabilitering i januar 2014.

## 2. Ressurser og kompetanse

Arbeidsgruppens rapport foreslår at følgende ressurser knyttes til prosjektet:

Prosjektleder	50%	
Fysioterapeut	40%	Terapeutene er ansatt i Helse og aktivitet
Ergoterapeut	100%	
Sykepleier	40%	Sykepleier/hjelpepleier er ansatt i
Hjelpepleier	80%	Hjemmesykepleien

Dette er en noe høyere bemanning en det opprinnelige forslaget. Noen tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet benyttes til å dekke opp vikarer i hjemmesykepleien for to ansatte i teamet.

Hjemmetrenerne vil være sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte.

## 3. Målgrupper og brukere/pårørende

Arbeidsgruppen i Malvik ser hverdagsrehabilitering først og fremst som et tilbud til eldre, men definerer ikke en nedre aldersgrense.

Inklusjonskriterier:

- Brukere som søker kommunal helsehjelp/praktisk bistand i hjemmet for første gang.
- Brukere som står på vippen til å motta hjelp prioriteres
- Brukerne må være motiverte for å trene
- Brukerne må ha et rehabiliteringspotensiale
- Brukerne må kunne delta aktivt i utarbeidelse av mål/plan for hverdagsrehabilitering

Ekklusjonskriterier:

- Brukere med kognitiv svikt/demens
- Brukere på institusjon

Koordinerende enhet og teamet er i en planleggingsfase i forhold til rekruttering av brukere. Valg av aktuelle brukere må gjøres i samarbeid, med faste møter. Forutsetningsvis skal alle førstegangssøkere vurderes ift. om de er egnet for hverdagsrehabilitering.

Det er foreløpig ikke besluttet om det skal fattes egne vedtak for hverdagsrehabilitering.

## 4. Varighet av hverdagsrehabilitering

Arbeidsgruppen understreker at tiltak og tidsramme for hverdagsrehabilitering må vurderes individuelt avhengig av hvilke funksjoner som skal trenes opp og hvilke aktiviteter som skal utføres. I sin rapport av mars 2013 foreslår arbeidsgruppen en øvre grense på 6 uker.

Foreløpig har en imidlertid ingen erfaringer mht. lengden av hverdagsrehabilitering.

## 5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater

Kartleggingsverktøyet COPM brukes både ved oppstart og avslutning. Dette sikrer at hverdagsrehabiliteringen tar utgangspunkt i brukerens egne mestringsmål.

Andre verktøy som vurderes i arbeidsgruppens rapport (mars 2013) er: ADL-kartlegging (IPLOS), TUG, Chair-Stand test og Bergs Balanseskala.

Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes et eget område for hverdagsrehabilitering i Profil, slik at alle samarbeidspartnere kan følge med på utviklingen hos hver enkelt bruker.

**Kommune:** Verdal

**Antall innbyggere: 14 539**

## 1. Modell

Arbeidet med etablering av et tverrfaglig innsatsteam, en ambulerende rehabiliteringstjeneste i Verdal, startet i 2011. I august 2012 ble det utarbeidet en rapport *Innsatsteam – Aktiv i eget liv*. Forprosjektet ble finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet.

Prosjektet resulterte i at det ble opprettet et tverrfaglig team Aktiv i eget liv. Teamet startet med første bruker i juni 2013.

Innsatsteamet skal bidra til kompetanseøkning og økt samarbeid mellom de ulike tjenestene som bistår voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse.

Teamet er satt i drift (det er ikke et prosjekt) og Verdal planlegger følgeforskning fra 01.09.2013 til 31.12.2014, med en systematisk evaluering i etterkant.

Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier er motorer i teamet. Hjemmetrenerne skal ha tydelig og støttende ledelse i det praktiske arbeidet sammen med brukerne.

Teamet er "mobil" og møter hjemmetrenerne ute i de ulike distriktene. Det er felles månedlige møter med hjemmetrenerne for faglige refleksjon/diskusjoner. Verdal legger vekt på forankring av hverdagsrehabilitering i både rehabiliteringstjenesten og i hjemmetjenesten. Dette forutsetter at avdelingsledere engasjeres og støtter arbeidet.

Terapeutene bidrar i rehabiliteringsprosessen og har i snitt deltatt hjemme hos brukerne 1 gang i uken for oppfølging og justering av tiltaksplan. Veiledning av hjemmetrenerne gis underveis ved behov. Innsatsen fra terapeutene blir vurdert fra sak til sak. Terapeutene tar retesting og vurderer videre hjelpebehov ved tjenestens slutt.

## **2. Ressurser og kompetanse**

Verdal har ikke fått statstilskudd i 2013, men har ved omdisponering av eksisterende ressurser etablert et tverrfaglig innsatsteam bestående av:

- Koordinator/ergoterapeut 20% (ergoterapeut med videreutdanning i rehabilitering)
- Fysioterapeut 20%
- Hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering 20%
- 5 hjemmetrener (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) fordelt på de tre omsorgsdistriktene

Verdal kommune vurderer en utvidelse av tilbudet om hverdagsrehabilitering i 2014.

Verdal har foreløpig ikke funnet midler til utvidelse i 2014. Men det er ønsket en styrkning av terapeutressursen med 20 % ergoterapeut og 20 % fysioterapeut for å gjøre tilbudet mindre sårbart.

## **3. Målgrupper og brukere/pårørende**

Inklusjonskriterier:

- Nye brukere som søker om praktisk bistand og/eller helsehjelp i hjemmet
- Søkere som har et rehabiliteringspotensial dvs. søkere som er:
  - Motivert til å sette og nå egne mål
  - Motivert til å være aktiv i eget liv

Ekskluderingskriterier:

- Brukere med kognitiv svikt/demenssykdom
- Brukere med vedtak i institusjon

Det legges vekt på forebygging ved at det er viktig å fange opp aktuelle brukere tidlig. For å få dette til presiseres det fra prosjektet at de aktuelle tjenestene i Verdal gjøres oppmerksom på muligheten for at pasienter kan søke om hverdagsrehabilitering. Det ble anbefalt at det fattes enkeltvedtak og at brukerens målsetting skal stå i vedtaket.

Brukere henvises fra fastleger, hjemmetjenesten og andrelinjetjenesten.

I forprosjektet anbefalte prosjektgruppen at Verdal kommune etablerer et tildelingskontor som er tverrfaglig sammensatt og som har en forbindelse til koordinerende enhet. Dette ville sikre «en dør» inn i alle aktuelle tjenester for brukere/søkere.

Verdal har åpnet for brukere som har tjenester fra før, dersom det er utsikter til å bli selvstendig eller redusere bistanden.

Aktuelle brukere blir henvist til koordinator som koordinerer første kartlegging og avgjør om de er aktuelle for hverdagsrehabilitering.

Per i dag kan ikke brukere søke direkte om hverdagsrehabilitering. Men brukerne som tar kontakt med ønske om hverdagsrehabilitering blir vurdert og er de aktuelle, får de tilbud. I innkjøringsfasen er det helsepersonell som informerer aktuelle brukere om tilbudet og de som ønsker det blir henvist videre til koordinator for teamet.

#### **4. Varighet av hverdagsrehabilitering**

Prosjektgruppen anbefalte at vedtak om hverdagsrehabilitering gis for 4 uker, med evaluering underveis og en sluttevaluering.

Koordinator fatter vedtaket om hverdagsrehabilitering ut fra 1. kartlegging i samarbeid med teamet. Verdal har ennå ikke laget en mal for vedtak om hverdagsrehabilitering, men vil ha en mal på plass i starten av 2014.

#### **5. Kartleggings- og styringsredskaper, resultater**

Prosjektgruppen anbefalte å bruke COPM som kartleggingsredskap for å vurdere brukernes forandring i aktivitetsutførelse over tid. I tillegg brukes SPPB for å kartlegge fysisk funksjon. Egenrapportert fysisk og psykisk helse og funksjon kartlegges ved COOP/WONCA.

Det er laget et evaluerings-/forskningsdesign for å få tak i brukernes opplevelse og erfaringer med Hverdagsrehabilitering. Et utvalg på 15 informanter skal plukkes ut tilfeldig for å delta i et kvalitativt intervju.

Verdal startet med en bruker i juni 2013. Fram til begynnelsen av desember har 5 brukere blitt vurdert og 3 har fått tilbud. Alle som har fått tilbud om hverdagsrehabilitering, har mottatt pleie- og omsorgstjenester tidligere.

De tre brukerne er avsluttet, en av disse med kun hjelp til rengjøring. Det har vært en forsiktig oppstart pga. omorganisering internt i kommunen.

Verdal har ikke dokumentasjon på ressursbruken. To brukere har ikke gjennomført sluttevaluering ved begynnelsen av desember.

Kommunen oppsummerer resultatene for en av brukerne:

COPM – forskjell i utførelse 3 poeng og tilfredshet 2,75 poeng

SPPB – 6 poeng ved oppstart og 10 poeng ved retesting

-----