



Hverdagsrehabilitering Halden kommune 2016



Hva er viktig for deg?

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag.....	3
1.0 Bakgrunn.....	4
1.1 Halden kommune.....	5
2.0 Mål.....	5
2.1 Hovedmål.....	5
2.2 Delmål.....	6
3.0 Definisjoner.....	6
3.1 Rehabilitering.....	6
3.2 Hverdagsrehabilitering.....	7
3.3 Hverdagsmestring.....	8
4.0 Målgrupper.....	8
4.1 Inklusjonskriterier.....	8
4.2 Eksklusjonskriterier.....	8
5.0 Organisering.....	9
5.1 Rehabiliteringsteam som «motor» i hverdagsrehabilitering.....	9
5.2 Samarbeidspartnere.....	9
6.0 Prosjekt Hverdagsrehabilitering.....	10
6.1 Arbeidsgruppe/prosjektgruppe.....	10
6.2 Resultat Prosjekt Hverdagsrehabilitering.....	10
6.3 Deltakelse i KS' nettverket Hverdagsrehabilitering.....	12
7.0 Metode.....	12
7.1 Verktøy.....	12
7.1.1 Kartleggings- og måleredskaper.....	13
7.1.2 Aktivitetshjulet.....	13
7.1.3 Beregningsmodell.....	14
7.2 Hvem gjør hva og hvordan.....	14
7.2.1 Handlingskjede.....	14
8.0 Informasjon/opplæring/kompetanse.....	15
8.1 Informasjon og opplæringsplaner.....	15
9.0 Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.....	16
10.0 Finansiering/budsjett.....	16
10.1 Prosjekt høsten 2015.....	16
10.2 Budsjett 2016/økonomiplan 2017-2020.....	17
11.0 Milepælsplan.....	18

Sammendrag:

Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*

Hverdagsrehabilitering er brukerstyrt og tar utgangspunkt i brukerens egne ressurser, ønsker og mål. Det er viktig å muliggjøre aktivitet og samfunnsdeltakelse for hver enkelt, slik at de opplever økt livskvalitet og at de legger «mer liv til årene» ikke bare «flere år til livet». Det er viktig å ha tydelige målgrupper, der brukerne er motiverte, kan ta instruksjon og kan nyttiggjøre seg treningen. God dialog med brukere og pårørende er helt essensielt.

Det er helt nødvendig å tenke annerledes i tildelingen av helsetjenester for å kunne opprettholde en bærekraftig økonomi. Når en bruker får økt mestringsevne, medfører det redusert behov for hjemmetjenester og utsettelse av behov for institusjonsplass. Det vil gi en kvalitativt bedre tjeneste til brukeren, samtidig som det vil kunne gi en økonomisk effekt på sikt. Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode har fokus på tidlig, intensiv, tidsavgrenset og tverrfaglig innsats. Man må forvente at det blir en økonomisk «pukkeffekt» ved oppstart, da det tar lenger tid å trene brukerne i stedet for å gi de passive tjenester.

Kompetanse og kunnskapsbasert praksis er viktige elementer i Hverdagsrehabiliteringen. Innføring av nytt tankesett (hverdagsmestring) og ny arbeidsform (hverdagsrehabilitering) krever opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Det vil være nødvendig med en holdningsendring, der fokus nå skal være aktivitet og egenmestring hos brukere, der det tidligere ble blitt gitt mer passive tjenester. Erfaring fra andre kommuner opplever medarbeiderne som mer fornøyde og motiverte i sin arbeidshverdag. De ser at aktiv innsats gir resultater, der brukerne mestrer dagliglivets aktiviteter.

Hverdagsrehabilitering skal bidra til endring i de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene, der det aller viktigste er økt mestring og livskvalitet hos brukerne. Ved å redusere behovet for hjemmetjenester, samt utsettelse av heldøgnsomsorg, vil man også oppnå en positiv, økonomisk effekt. Innføring av Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode, vil derfor være en vinn-vinn situasjon for alle. Har vi råd til å la være?

1.0 Bakgrunn

De neste tiårene er det ventet krevende omsorgsutfordringer for norske kommuner med bakgrunn i forventede demografiske endringer i alderssammensetning; økende andel eldre, nye yngre brukergrupper, samt knapphet på helse- og omsorgspersonell (NOU 2011:11 – «Innovasjon i omsorg»). En viktig oppgave for kommunene er å gjøre det mulig for den enkelte innbygger å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig – og mestring, deltagelse i samfunnet og lengst mulig til stede i eget liv er utgangspunktet for de løsninger som skisseres for morgendagens utfordringer.

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, tilpasset den enkelte bruker. Det legges bl.a. økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, samt på økt brukerinnflytelse.

Morgendagens omsorg (Meld. St.29 (2012-2013)) erkjenner at dagens metodikk i omsorgssektoren ikke er bærekraftig i framtiden. Det bekreftes her et økende fokus på mestring og hverdagsrehabilitering, som blir omtalt som nyskapende og utviklende arbeid som utfordrer den etablerte helsetjenesten, og som inspirerer til styrket samarbeid på tvers av faggrupper.

Våre naboland, Sverige og Danmark, har vært foregangsland for innføring av hverdagsrehabilitering. Östersund kommune i Sverige startet opp i 1999 og Fredericia kommune i Danmark startet opp i 2008. Alle danske kommuner har innført hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode. De har jobbet lenge og målrettet med hverdagsrehabilitering, og de kan vise til svært gode resultat. De har utarbeidet modeller, som igjen har vært grunnlaget for mye av det arbeidet som er gjort i norske kommuner. Pr. februar 2016 er det 140 norske kommuner som har startet opp med hverdagsrehabilitering og det er mange kommuner som er i ferd med å starte opp.

Om 10 til 15 år vil det bli færre yrkesaktive pr. eldre, fordi vi får en kraftig økning av eldre over 80 år. I år 2000 var det 4,5 personer i yrkesaktiv alder pr. eldre over 80 år. I år 2030 vil dette tallet synke til 3,5 personer(på landsbasis).

Hvis vi fortsetter å gi de samme tjenestene som vi gir i dag, vil 2 av 3 yrkesaktive måtte jobbe i helse- og omsorgssektoren i 2030.

KS (Kommunenes Sentralforbund), Norsk Ergoterapeutforbund (NETF), Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) og Norsk Sykepleierforbund (NSF) har gjennom utarbeidelsen av rapporten «Hverdagsmestring og Hverdagsrehabilitering» hatt et bredt og tverrfaglig samarbeid. Denne rapporten ble overlevert HOD (Helse- og Omsorgsdepartementet) i oktober 2012, og den har bl.a. bakgrunn i Samhandlingsreformen, Tidlig innsats og Rehabiliterende tankegang.

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag». (Kåre Hagen, 2011)

1.1 Halden kommune

Demografisk framskriving for Halden kommune:

ÅR	Totalt	0-24 år	25-34 år	35-44 år	45-69 år	70-79 år	80 år +
2015	30553	9331	3537	3939	10038	2181	1527
2020	32284	9557	4076	3864	10343	2951	1493
2025	33978	9892	4192	4197	10674	3335	1688
2030	35506	10241	4060	4648	10912	3357	2288
2040	37966	10765	4121	4574	11635	3958	2913

Denne tabellen viser at aldersgruppen 70-79 år øker med over 50 % i 2025 og med over 80 % i 2040. Aldersgruppen over 80 år holder seg relativt stabil de nærmeste årene, men øker med ca. 50 % fra 2030 og med over 90 % i 2040.

Med alderen øker risikoen for flere og sammensatte kroniske sykdommer, som alle kan gi utfordringer med å mestre daglige gjøremål eller samfunnsdeltakelse. Halden vil få flere innbyggere med risiko for å få demens, fall og benbrudd, kroniske smerter, nedsatt syn og hørsel, samt kreftsykdom. I tillegg vil det også bli større risiko for livsstilsrelaterte sykdommer, som psykisk uhelse og rus, muskel og skjelettplager, diabetes, fedme, kols, hjerte- og karsykdommer.

Folkehelseprofilen for Halden kommune 2016 (tall fra 2015) viser også at vi har mange helseutfordringer, da vi ligger over landsgjennomsnittet på mange områder, som bl.a. flere med psykiske lidelser, flere med muskel – skjelettsykdommer, flere med type 2 diabetes. I tillegg har vi mange unge som sliter, flere unge uføre (18-44), flere arbeidsledige, samt flere som sliter med overvekt og inaktivitet.

1.2 Forankring politisk og administrativt

Det er stor politisk og administrativ enighet om å satse på hverdagsrehabilitering.

I februar 2015 gikk det en sak til Hovedutvalget der Rehabiliteringsplanen, samt Handlingsplanen til denne ble tatt til orientering. Første punkt i Handlingsplanen er oppstart av Hverdagsrehabilitering. Vedtak fra Hovedutvalget: «*Rehabiliteringsplanen for Halden kommune 2015-2018 tas til orientering. Vedtakene i fremlagte handlingsplan fremlegges til politisk behandling i tråd med tiltakenes fremdrift.*»

2.0 Mål

«Lengst mulig aktiv i eget liv – i eget hjem» - opplevelse av økt livskvalitet, mestring, deltagelse og selvstendighet.

2.1 Hovedmål

- Innføre hverdagsrehabilitering som tverrfaglig arbeidsmetode i hele hjemmesykepleien innen utgangen av 2017.

- Innføre hverdagsmestring som tankesett/ideologi i hele helse- og omsorgssektoren innen utgangen av 2020.

2.2 Delmål

- å gjøre det mulig for brukeren å kunne bo hjemme og være så selvhjulpen som mulig
- å bedre livskvaliteten
- å redusere og/eller utsette hjelpebehov
- å utsette institusjonsinnleggelse og derav korte ned på opphold i institusjon
- å komme raskere hjem fra korttidsopphold
- å styrke rehabiliteringskompetansen hos ansatte i hjemmesykepleien
- å bidra til holdningsendring – fra passive tjenester til fokus på mestring og ressurser
- å bidra til øke jobbtilfredshet hos medarbeidere – mer meningsfull jobb
- å redusere sykefraværet
- å frigjøre tid til andre gjøremål/fremtidige behov
- å bidra til økt bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenestene

3.0 Definisjoner

Det er behov for å definere noen begrep knyttet til temaet.

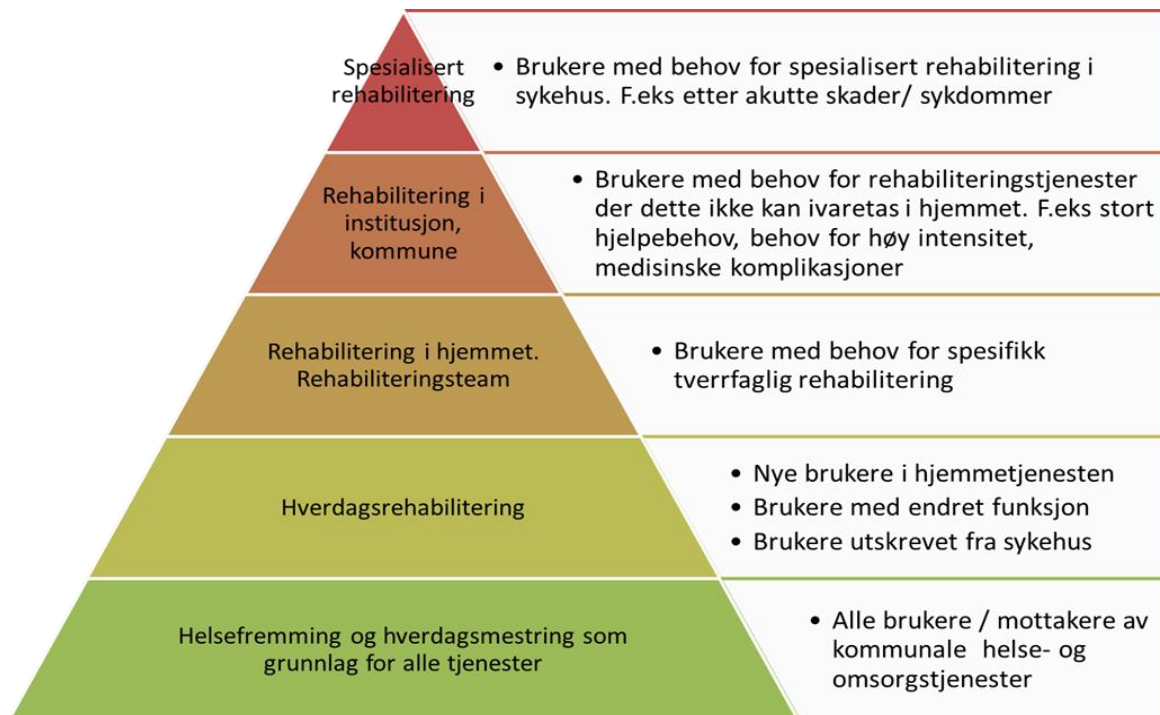
Kommunal rehabilitering er en lovfestet oppgave i Norge forankret i § 3-2 punkt 5 i helse- og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv. 2011), der det står at kommunen plikter å tilby «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering».

3.1 Rehabilitering

Definisjon av rehabilitering etter Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 3, 2012: «*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagende sosialt og i samfunnet*».

Rehabilitering kan differensieres utfra brukerens behov og hvor i rehabiliteringsprosessen brukeren er.

Pyramiden under skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes. I tillegg til de skiserte nivåer, kan også dagrehabilitering være et alternativ i en differensiert rehabiliteringsprosess. Denne vil da ligge mellom rehabilitering i institusjon, kommune - og rehabilitering i hjemmet, rehabiliteringsteam.



(Kristiansand kommune, 2013)

3.2 Hverdagsrehabilitering:

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform forankret i hjemmetjenesten. Ergoterapeut og fysioterapeut, samt sykepleier, kartlegger og setter opp mål i samarbeid med bruker. De lager tiltak, men utfører ikke selve treningen. Treningen blir utført av hjemmetrenere i hjemmesykepleien under veiledning av ergo- og fysioterapeut eller sykepleier. Treningen foregår i brukers hjem eller nærmiljø, og det benyttes vanlige hverdagsaktiviteter. Det er fokus på forebygging, og brukergruppene er i hovedsak brukere som ber om tjenester for første gang, som har et funksjonsfall, eller som ber om hjelpemidler. Hverdagsrehabilitering inkluderer i hovedsak eldre, og er ofte av generell karakter (Ness, 2012).

Denne arbeidsformen har **hverdagsmestring (se dette) som tankesett** og det kreves kompetanseoppbygging av hjemmetrenere og involverer hjemmesykepleien på en helt annen måte. Alle som arbeider med hverdagsrehabilitering, må tenke mestring av aktiviteter og det å mestre hverdagslivets utfordringer. Dette igjen krever en sterk brukermedvirkning, og et sentralt spørsmål som stilles til brukeren, er: «**Hva er viktig i livet ditt nå?**»

Nytt fokus og tenkesett:

FRA	TIL
<ul style="list-style-type: none"> • Hva er problemet du trenger hjelp til? • Lengst mulig i eget hjem 	<ul style="list-style-type: none"> • Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? • Lengst mulig aktiv i eget liv

<ul style="list-style-type: none"> • Sen innsats • Sykdom • Informasjon • Passivisering • Hjemmehjelp 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig intervensjon • Helseperspektiv • Motivasjon • Aktivisering • Hjemmetrening
--	---

Hverdagsrehabilitering gjennomføres over en periode på 4 uker som standard, men kan både forkortes eller forlenges noen uker, hvis dette er hensiktsmessig. Treningen skal foregå i brukers eget hjem og nærmiljø.

3.3 Hverdagsmestring:

Hverdagsmestring er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett – en holdning – som styrer ulike arbeidsformer og tjenester. Hverdagsmestring vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse er sentralt (Ness et al., 2012).

Tankesettet Hverdagsmestring legger vekt på en holdningsendring i hele helsesektoren, både i hjemmesykepleien, omsorgsboliger og på institusjon. Det er viktig å la brukerne selv utføre hverdagslige aktiviteter – så lenge de kan mestre dette. Det utsetter bistandsbehovet og opprettholder livskvaliteten, samt at det utsetter behovet for institusjonsinnleggelse.

4.0 Målgrupper

Valg av brukergrupper (inkludering og ekskludering):

Det er viktig å finne «riktige» brukere til Hverdagsrehabiliteringen. Det er viktig å starte opp med brukere som er motivert og som ikke har for store utfordringer. Det må også presiseres at denne brukergruppen ikke har behov for spesialisert rehabilitering.

4.1 Inklusjonskriterier

- Brukere som søker tjeneste for første gang
- Brukere som ikke har vært i systemet så lenge – ikke tilvendt en tjeneste
- Brukere som søker om mer/flere tjenester
- Må ha et rehabiliteringspotensiale og som er/kan bli motivert for opptrening
- Hjemmeboende
- Over 18 år

4.2 Eksklusjonskriterier

- Brukere med kognitiv svikt (evt. klokketest/MMS hvis vi er usikre)
- Brukere med en kjent rus og/eller psykiatridiagnose
- Brukere med en progredierende sykdom (Parkinson, MS, palliative pas). Det kan være aktuelt å gå inn ift en tilleggsskade, hvis bruker har evne og vilje til å samarbeide rundt egne mål og tiltak.

5.0 Organisering

Hverdagsrehabilitering kan organiseres på forskjellige måter. Fürst og Høverstad har utarbeidet en rapport om Hverdagsrehabilitering på oppdrag fra KS (Kommunenes Sentralforbund), og de har beskrevet to hovedmodeller for organisering av tilbudet. Det er en «Spesialistmodell», og en «Integrert modell».

- Spesialistmodell: Et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av hele rehabiliteringsprosessen. (Et helt eget team).
- Integrert modell: Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier har ansvaret for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetene med brukeren utføres av medarbeidere i hjemmesykepleien (hjemmetrenere) etter veiledning fra de nevnte fagpersonene. Alle er ansatt i hjemmesykepleien.

Vi ønsker å starte opp med en «mellommodell», med elementer både fra spesialistmodell og integrert modell. Vi ønsker å etablere et tverrfaglig team fra starten av, der man i stor grad involverer hjemmesykepleien. Det er naturlig at terapeutene får et større ansvar til å begynne med, og det er viktig at de er så synlige som mulig. Her må det være rom for prøving og feiling. Prosesser og framgangsmåter vil være nytt for alle. Vi tror det er viktig at hjemmetrenerne, som er ansatt i hjemmesykepleien, er med så mye som mulig fra starten. Det er viktig at de blir tatt med på råd, slik at de får være delaktige i prosessene så langt det er mulig. De må få et eierforhold til hverdagsrehabiliteringen, og det er ønskelig med en gradvis implementering. Det er dessuten viktig med koordinering/ledelse av teamet som jobber med Hverdagsrehabilitering.

5.1 Rehabiliteringsteam som «motor» i hverdagsrehabilitering

- Etablere et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam, bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere. Viktig med kunnskap og forståelse for hverandres kompetanse.
- Teamet ledes fra Område rehabilitering og aktivitet/Helsehuset, men de ansatte er fremdeles organisert der de hører til i dag, dvs ergo- og fysioterapeut i Område rehabilitering og aktivitet, og sykepleier og hjemmetrenere i Enhet hjemmesykepleien.
- Teamet har felles møtsted i hjemmesykepleiens lokaler, med utgangspunkt herfra.
- Hverdagsrehabilitering blir et eget tjenesteområde i Gerica.

5.2 Samarbeidspartnere

Det er viktig å involvere som mange som mulig i arbeidsmetoden Hverdagsrehabilitering og tankesettet Hverdagsmestring. Alle instanser som har med pasienter/brukere å gjøre, må kjenne til dette, for å oppdage nye, aktuelle kandidater til hverdagsrehabilitering. Viktige samarbeidspartnere vil være: Alle som jobber i hjemmesykepleien, alle terapeuter, kartleggingsteamet, pasientkoordinatorer, avdelingsledere ved korttidsavdelingene, m.fl. Det må etableres faste møteplasser for planlegging og erfaringsutveksling.

6.0 Prosjekt Hverdagsrehabilitering:

Halden kommune har gjort seg noen egne erfaringer med Hverdagsrehabilitering, da det ble prøvd ut i 3 måneder høsten 2015. Prosjektet brukte september måned til planlegging, og jobbet konkret med brukere fra oktober ut desember. Prosjektet valgte ut sone Rokke i hjemmesykepleien til prøveområde. Med en omprioritering av allerede eksisterende ressurser, ble det etablert et tverrfaglig team, bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier i hver sin 40 % stilling, samt de ressursene som kunne avses til hjemmetrenere (ikke definert hvor mye). I tillegg var det 20 % prosjektleder.

6.1 Arbeidsgruppe/prosjektgruppe:

Det ble nedsatt en prosjektgruppe, bestående av:

- Kommuneoverlege/enhetsleder basistjenester Halvard Bø
- Enhetsleder hjemmesykepleien Marianne Horgen
- Kons. Forvaltningsleder Sissel Lund/Kartlegger Stine Knoph
- Ergoterapeut Heidi Nanett Halvorsen
- Fysioterapeut Martine Andreassen
- Sykepleier Gry Moberg
- Områdeleder Ann-Sofie Th. Næss

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe, bestående av:

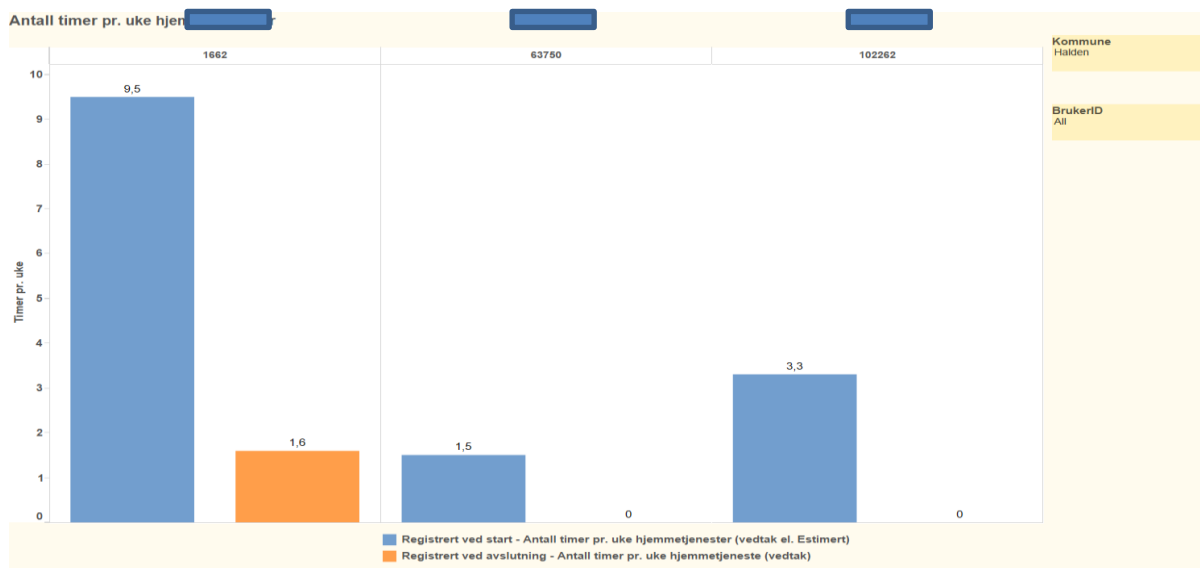
- Ergoterapeut Heidi N. Halvorsen
- Fysioterapeut Martine Andreassen
- Sykepleier Gry Moberg
- Områdeleder Ann-Sofie Th. Næss (fungerte som prosjektleder)

6.2 Resultat Prosjekt Hverdagsrehabilitering:

Det ble henvist 9 brukere i prosjektperioden. Etter kartlegging, ble 4 brukere plukket ut til å delta i prosjektet, de 5 andre hadde en for sammensatt problematikk, var ikke i målgruppen eller var ikke motivert for å delta. Én av de 4 som deltok i prosjektet, trakk seg, slik at det var kun 3 brukere som fullførte.



I dette diagrammet ser vi resultatet av IPLOS tallene for de tre brukerne som gjennomførte hverdagsrehabiliteringen. Blå søyle er score før HVR og oransje søyle er score etter HVR. På to av brukerne er det også tatt en ny ADL-vurdering 3 måneder etter avsluttet HVR, og den ene brukeren har opprettholdt sitt ADL-nivå, den andre brukeren har forbedret sin funksjon ytterligere.



Dette diagrammet viser antall timer hjemmesykepleie før og etter Hverdagsrehabiliteringen. To av brukerne hadde ved avslutning av HVR ingen tjenester fra hjemmesykepleien, en bruker gikk fra 9,5 timer pr. uke til 1,6 timer pr. uke.

Gjennom å gi hverdagsrehabilitering til de tre brukerne gjennomsnittlig 1,15 timer pr. dag, i gjennomsnitt 33 dager, har man klart å redusere tiltakstiden med 14 timer pr uke. Det utgjør en reduksjon på 1,8 timer pr dag. For å se totaleffekten av innsparingen må man også ta med i beregningen at noen brukere avsluttes helt, og man dermed kan spare kjøre- og dokumentasjonstid. Gjennom redusert tiltakstid hos brukere som har gjennomført hverdagsrehabilitering, kan man frigjøre ressurser til andre oppgaver.

Det stilles krav til at tjenesten skal bistå brukere med store omsorgsbehov. Den frigjorte/reduuerte tiltakstiden hos brukere som har gjennomført hverdagsrehabilitering, kan bidra til at hjemmesykepleien kan håndtere økning av tiltakstid i lovpålagte tjenester. Dette ift dagens tjenesteomfang, uten ytterligere oppbemanning av tjenesten. Hjemmesykepleien vil da kunne styre ressursene mot de brukerne som har det faktiske behovet. Sett opp mot kommunens satsing også på velferdsteknologi, vil frigjorte ressurser også kunne benyttes inn i dette prosjektet.

Pr. d.d. består hjemmesykepleien i Halden av 80,4 årsverk fordelt på 150 ansatte og de gir bistand til ca. 710 brukere.

6.3 Deltakelse i KS' nettverket Hverdagsrehabilitering

Halden kommune har siden april 2015 vært med i et effektiviseringsnettverk i regi av KS (Kommunenenes Sentralforbund), «Hvordan komme i gang med hverdagsrehabilitering i din kommune?», og vi har så langt deltatt på 4 samlinger à 2 dager. Nettverket avsluttes juni 2016. Halden kommune har deltatt sammen med 14 andre kommuner, og det har vært en god inspirasjon for oss til å jobbe videre med innføring av hverdagsrehabilitering i vår kommune. Det har vært en kombinasjon av foredrag, erfaringsutveksling med andre kommuner, samt arbeidsoppgaver mellom hver samling.

7.0 Metode

Det tverrfaglige hverdagsrehabiliteringsteamet må etablere faste samarbeidsrutiner med kartleggingsteamet, pasientkoordinatorerne og avdelingslederne på korttidsavdelingene. Dette er viktig for å kunne finne fram til de brukerne som vil ha størst utbytte av denne tjenesten. Fastlegene og andre terapeuter vil også være viktige samarbeidspartnere.

7.1 Verktøy

Det skal benyttes gyldige måleredskaper og kartleggingsinstrumenter både ved oppstart og ved avslutning av aktuell rehabiliteringsperiode.

7.1.1 Kartleggings- og måleredskaper:

Instrument	Hvor/hvem	Variabler	Hva
MI (Motiverende intervju)	Alle		Samtalemetode for å komme fram til realistiske mål
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	Direkte bruker-rettet. Utføres i hjemmet. Semistrukturert intervju. Ergoterapeut ansvarlig.	Score fra 1 – 10 x 5 valgte aktivitetsmål	Presenterer brukers egendefinerte mål
SPPB (Short Physical Performance Battery)	Direkte bruker-aktiv. Utføres sammen med bruker i hjemmet. Fysioterapeut ansvarlig.	Score fra 1-12	Viser balanse, benstyrke, gangfunksjon. Predikerer bl.a. fallfare.
IPLOS	Registreringsverktøy for behov for bistand. Sykepleier ansvarlig.		Viser grad av bistandsbehov
Dokumentasjon og tiltaksplaner i Gerica	Alle.		HVR som eget tjenesteområde i Gerica

7.1.2 Aktivitetshjulet

Mestring gir muligheter!



Aktivitetshjulet skal benyttes som et hjelpemiddel i samtale med brukerne og pårørende for å komme fram til realistiske målsettinger, som skal inn i tiltaksplanene.

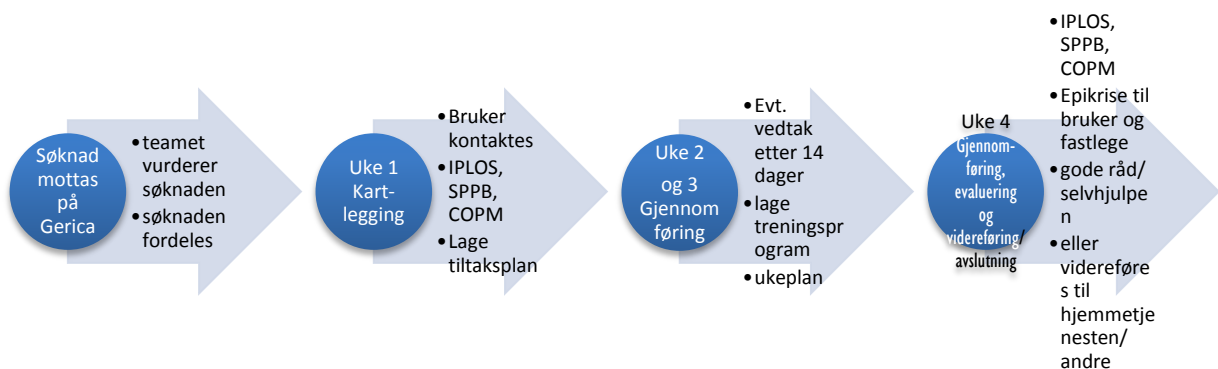
7.1.3. Beregningsmodell

I tillegg til disse verktøyene, ønsker vi å benytte en beregningsmodell utarbeidet av KS. Her skal det føres statistikk over kommunens innsats – før, under og etter hverdagsrehabilitering, brukers funksjon før og etter hverdagsrehabilitering, samt hvilket kommunalt tilbud og omfang brukeren hadde fått hvis vedkommende ikke hadde fått hverdagsrehabilitering, men tradisjonelle tjenester.

Beregningsmodellen kan benyttes for å regne faktiske kostnader forbundet med å gi tradisjonelle tjenester opp mot hverdagsrehabilitering.

7.2 Hvem gjør hva og hvordan

7.2.1 Handlingskjede



➤ **Søknad mottas og vurderes:**

Kartleggingsteamet mottar nye søknader, og er en viktig samarbeidspartner. Det samme gjelder pasientkoordinatorene, samt avdelingslederne ved Intermediær- og Rehabiliteringsavdelingene. De skal bistå teamet med å oppdage brukere som kan være aktuelle kandidater.

➤ **Kartlegging:**

Hverdagsrehabiliteringsteamet (helst både ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier) har samtale og hjemmebesøk med bruker, helst også med deres pårørende. Samtaleteknikk MI (motiverende intervju). Snakker om hva som er viktig for denne brukeren nå. Snakker rundt Aktivitetshjulet.

➤ **COPM gjennomføres**

Ergoterapeut foretar COPM (funksjons- og aktivitetsanalyser), gjerne i samarbeid med fysioterapeut og/eller sykepleier

➤ **SPPB gjennomføres**

Fysioterapeut foretar SPPB (fysisk funksjon), gjerne i samarbeid med ergoterapeut og/eller sykepleier

➤ **IPLOS vurdering**

Sykepleier har ansvaret for IPLOS, samt kostholdsveiledning og medisinske vurderinger, gjerne i samarbeid med ergoterapeut og/eller fysioterapeut.

➤ **Mål og tiltaksplan utarbeides**

Sammen med brukeren utarbeider teamet mål for hverdagsrehabilitering, samt utarbeider en detaljert tiltaksplan om hvordan brukeren skal nå målene.

➤ **Lage ukeplaner, treningsprogram, skrive vedtak, veiledning av hjemmetrenere.**

Hjemmetrenere har den daglige kontakten, gjennomfører avtalte tiltak og er bindeleddet inn i teamet

➤ **Dokumentasjon**

Viktig å dokumentere alt teamet gjør, også tidsbruken, samt dokumentere i Geric og eventuelle epikriser. Har en spesiell beregningsmodell som må følges.

➤ **Evaluering**

Ny runde med COPM, SPPB, IPLOS. Selvhjulpen? Færre tjenester? Videreføres til hjemmesykepleien?

8.0 Informasjon/opplæring/kompetanse

Det er viktig å få fram budskapet om at hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode for å oppnå økt mestring og deltakelse, og at det grunnleggende tanke settet er hverdagsmestring. Viktig å få fram bakgrunnen for innføring av denne arbeidsmetoden, hvorfor det er viktig å satse på dette, samt si noe om hvilke resultater de har oppnådd i andre kommuner.

For å få til god samhandling innad i teamet og med hjemmesykepleien i første omgang, er det vesentlig at det settes av tid for å få økt kompetansen på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Dette kan gjøres med interne ressurser, og det er planer om å utarbeide et undervisningsopplegg, spesielt rettet mot hjemmesykepleien.

8.1 Informasjon og opplæringsplaner

Vi ønsker å informere, sende ut informasjon, ha undervisningsopplegg for:

- ✓ politisk nivå
- ✓ administrasjon og ledere i Helse og omsorg
- ✓ ansatte i hjemmesykepleien, pasientkoordinatorer, kartleggingsteamet, korttidsavdelingene (inkl. rehabiliteringsavdelingen), fastlegene, m.fl.
- ✓ brukere og pårørende – er nødvendig med god informasjon, slik at det ikke oppstår misforståelser ift tjenesten, samt trygge dem på tilbudet som blir gitt.
- ✓ media – lokalpressen, samt egne hjemmesider/face book.

- ✓ Må kontinuerlig ha fokus på holdningsendring for å implementere tankesettet hverdagsmestring i tjenesten, samt ofte ha små opplæringsopplegg med case og helt konkrete treningsopplegg, f.eks. fagluncher.

9.0 Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som medfører at bruker er med å sette opp egne mål for rehabiliteringsforløpet. Siden brukers hjem og nærområde er treningsarena, blir vedkommendes utfordringer i hjemmet spesielt synlige. At treningen foregår på brukers hjemmeplan, medfører at det er enkelt for teamet rundt bruker å tilrettelegge med ulike former for hjelpemidler. At teamet er inne hos bruker flere ganger i uken, gjør at man kan tilpasse hjelpemidlene og tilretteleggingen for den enkelte etter vedkommendes konkrete funksjonsnivå. Kommunen har et lager med enklere hjelpemidler som kan lånes i kortere perioder. Hvis det avdekkes varige behov, vil teamet i hverdagsrehabilitering kunne komme fort på banen for å søke på de nødvendige hjelpemidlene, eller henvide videre til rette instans.

I disse dager er det også et stort fokus på velferdsteknologiske løsninger. I NAVs regelverk åpnes det for å søke på enkelte slike hjelpemidler og APPer, hvis det kan dokumenteres varig behov over 2 år. Enkelte av hjelpemidlene gis kun til spesifikke diagnoser. Hvis bruker kan klare seg med hjelpemidler som er i daglig handel, får man ikke dekket dette fra NAV. Det er også mange velferdsteknologiske løsninger som er integrert i vår hverdag fra før, slik som fjernkontroller til TV, nettbrett med ulike APPer, alarmer på smarttelefoner og dosetter som har elektronisk alarm osv.

Fylkesmannen i Østfold har i møte med hverdagsrehabiliteringsgruppa i Østfold uttrykt viktigheten av at slike hjelpemidler ikke erstatter rehabilitering. Opptrening/rehabilitering skal i de fleste tilfeller forsøkes før kompensierende tiltak settes inn, for å unngå at bruker blir unødvendig avhengig av hjelpemidler. Hvis man ser at det er et varig behov og bruker fyller øvrige vilkår, vil man ha gode forutsetninger for å prøve ut/ implementere velferdsteknologiske hjelpemidler hos den enkelte. Velferdsteknologi har vært en stor del av ergoterapeutenes hverdag i mange år.

10.0 Finansiering/budsjett

10.1 Prosjekt høsten 2015

Prosjektet høsten 2015 (fra 01.09.- 31.12.) gjennomførte vi ved å omprioritere våre eksisterende ressurser for å skaffe oss konkret erfaring, samt at deltagelsen i KS' nettverket også forventet at vi skulle starte opp med konkrete brukere. Vi omprioriterte 40 % ergoterapeut, 40 % fysioterapeut og 40 % sykepleier, samt at vi ønsket å frigjøre noen prosent til hjemmetrenere. Vi har også hatt ca. 20 % leder.

Vi ser i etterkant at vi ikke har kunnet benytte de ressursene vi hadde øremerket inn i prosjektet. Den daglige driften har gått foran, så når det har vært stort sykefravær, ferieavvikling o.a., så har vi ikke kunne prioritere hverdagsrehabiliteringen. Ressursene har vært for knappe, og vi har ikke hatt mulighet for å involvere hjemmetrenerne, slik at de ble selvstendige i treningsituasjonen. Det har vært mest ergo- og fysioterapeuten, samt noe sykepleier som har driftet den praktiske utførelsen, og tilbudet har blitt for fragmentert. Allikevel har vi oppnådd gode resultat på de brukerne som har fått hverdagsrehabilitering. Vi har erfart at for å kunne fortsette med implementering av hverdagsrehabilitering fra 2016, må det inn friske midler/flere ressurser eller omdisponering av midler. Vi kan ikke bruke av de knappe, eksisterende personalressursene vi har. Det er også en sterk anbefaling fra KS og andre instanser at det må tilføres friske midler for å lykkes med hverdagsrehabiliteringen.

10.2 Budsjett 2016/økonomiplan 2017-2020

Det er i budsjettforslaget for 2016 lagt inn kr 1.540 til hverdagsrehabilitering, med oppstart fra 2.kvartal. Midlene er ikke frigjort til bruk i Hverdagsrehabilitering ennå, men vi ønsker å kunne starte opp etter sommeren 2016.

Det vil være behov for følgende ressurser:

- 80 % ergoterapeut
- 80 % fysioterapeut,
- 50 % sykepleier
- 50 % x 3 hjemmetrenerne.
- 20 % koordinator/leder. Denne funksjonen kan legges til en av de andre stillingene, hvis det er hensiktsmessig og gjennomførbart.

Dette tilsvarer 3,80 årsverk. Med utgangspunkt i en årslønn for høyskoleutdannede på kr. 450.000 og for hjelpepleiere (hjemmetrenerne) på kr. 350.000, innebærer dette en årlig lønnskostnad inkl. sosiale utgifter på snau. 1,8 mill. Det er da tatt hensyn til at stillingen som fysioterapeut utløser fastlønnstilskudd.

I tillegg er det behov for kontorplasser, leasing biler (eller bruke egne biler og bilavtaler), samt andre driftsutgifter. Det vil også være behov for kursvirksomhet.

For videre drift av hverdagsrehabilitering, legges tiltaket inn i framtidige budsjett, samt økonomiplanen for 2017-2020.

Når det gjelder hva en kan forvente av innsparinger, viser erfaringstall fra andre kommuner hvor en har startet hverdagsrehabilitering, en gjennomsnittlig reduksjon på 4 vedtakstimer/uke i hjemmesykepleien per bruker som har vært gjennom hverdagsrehabilitering. Om en går ut fra at en klarer å få 50 brukere gjennom hverdagsrehabilitering årlig, innebærer dette en reduksjon i vedtakstimer på 200 t/uke – svarende til 5,3 årsverk. Til fratrukk kommer de 3,8 årsverk som er satt av til hverdagsrehabilitering. Hensyntatt reelle lønnsutgifter (høyere lønnsutgifter for årsverk i

teamet enn for sparte årsverk i hjemmesykepleien) sitter en da igjen med en årlig innsparing på 0,5 mill. når tiltaket er i full drift. I tillegg kommer eventuelle innsparinger knyttet til redusert/utsatt behov for institusjonsinnleggelse hvor en mangler erfaringstall og følgelig er svært vanskelig å beregne.

Selv om hverdagsrehabilitering således vil gi en klar positiv økonomisk effekt, kan det likevel være vanskelig å ta ut denne effekten gjennom direkte reduksjon i årsverk. Effekten vil lettere kunne beskrives som økt kapasitet til å ta i mot nye brukere uten økt ressurstilførsel. Det blir uansett svært viktig å dokumentere effekten av tiltaket gjennom de dokumentasjonsverktøyene som er utviklet av KS.

I økonomiplansammenheng er det også viktig å huske på at hoveddelen av utgiftene allerede ligger inne i budsjettet, men gevinsten i sin helhet ligger foran oss.

11.0 Milepælsplan

Hva skjer?	Når?	Oppgaver	Ansvarlig
Deltagelse i verdagsrehabiliteringsnettverk i Østfold, 1.møte	15.10.2014		
Rehabiliteringsplanen behandlet i Hovedutvalg for helse og omsorg.	Februar 2015		Politikere
Søkt prosjektmidler fra Fylkesmannen i Østfold til prosjektlederstilling til Prosjekt Hverdagsrehabilitering	April 2015		Områdeleder rehabilitering og aktivitet
Avslag på søknad fra Fylkesmannen i Østfold	Juli 2015		Fylkesmannen
KS' nettverk, 1.samling	21-22.04.15		
Prosjektgruppe nedsatt	16.juni 2015		Kommunalsjef
Møte i prosjektgruppa	24.juni 2015	Oppgave til nettverket	Prosjektgruppa
Møte i Prosjektgruppa	17.augus 2015	Oppgave til nettverket	Prosjektgruppa
KS 'nettverk, 2.samling	25-26.08.15		
Samling i Østfold-nettverket	02.09.15.		
Møter i arbeidsgruppa, samt informasjonsmøter med samarbeidspartnere	September '15	Forberedelse og planlegging til oppstart HVR	Arbeidsgruppa
Studietur til Sandefjord	01.10.15		Arbeidsgruppa
Utprøving av Hverdagsrehabilitering som metode i Rokke distrikt	01.10.-31.12.15.	Hverdagsrehabilitering i praksis	Arbeidsgruppa
KS 'nettverk, 3.samling	19.-20.01.16	Forberede framlegg	Prosjektgruppa
Samling i Østfold-nettverket	17.02.16.		
KS 'nettverk, 4.samling	16-17.03.16.	Forberede framlegg	Prosjektgruppa
Ferdigstilling av HVR-planen	Mai 2016		Prosjektgruppa
KS 'nettverk, 5.samling	7-8.06.16.	Forberede framlegg	
Utlysning av stillinger	Juni 2016		Prosjektgruppa
Oppstart av hverdagsrehabilitering	Høsten 2016		Prosjektgruppa



Hverdagsrehabilitering i Halden 2016



Hverdagsrehabilitering i Norge feb 2016

140 kommuner gjør praktisk erfaring
Mange kommuner planlegger oppstart

Nord-Norge

Alstahaug Narvik
Bindal Rana
Bodø Ser-Varanger
Brønnøy Tromsø
Hammerfest Vefsn
Hemnes Vågan
Harstad Øksnes
Lyngen

Alta
Bardu
Gamvik-Lebesby
Lavangen
Målselv
Salangen
Sømna

Trøndelag

Bjugn
Frøya
Hemne
Hitra
Holtålen
Levanger
Malvik
Meldal
Namsos
Oppdal
Orkdal
Overhalla
Rennebu
Skaun

Snåsa
Steinkjer
Stjørdal
Trondheim
Tydal
Verdal
Ørland
Inderøy
Klæbu

Vestlandet

Bergen
Bremanger
Bømlo
Eigersund
Etne
Farsund
Fitjar
Fjell
Flora
Førde
Giske
Gloppen
Haugesund
Hå
Karmøy
Klepp
Kristiansund
Kvam
Lindås
Naustdal
Os
Randaberg
Rennesøy
Sandnes
Sola
Stavanger
Stord
Sula
Suldal

Sunnadal
Surnadal
Sveio
Time
Volda
Voss
Vossøra
Ålesund
Vindafjord
Askøy
Fræna
Gauldal
Hjelmeland
Meland
Molde
Rauma
Rindal
Sanda
Sogndal
Solund
Stryn
Sula
Tingvoll
Tysvær
Ullensvang

Østlandet

Andebu
Asker
Bærum
Drammen
Flesberg
Frogn
Gjerdrum
Gjøvik
Gran
Hol
Hole
Holmestrand
Horten
Hurdal
Jevnaker
Kongsvinger
Larvik
Lunner
Løten
Modum
Moss
Nannestad
Nedre Eiker
Nes
Nesodden
Nittedal
Nome
Nord-Fron
Notodden
Nøtterøy
Os
Oslo
Rendalen
Rollag
Ringerike
Ringsaker
Rygge

Rælingen
Røyken
Råde
Stange
Sandefjord
Sarpsborg
Seljord
Skedsmo
Søndre Land
Sør-Fron
Sør-Odal
Sorum
Trysil
Tansberg
Ullensaker
Våler
Vestre Toten
Østre Toten
Øvre Eiker
Åmot
Åsnes
Ås
Askim
Aurskog-Høland
Elverum
Halden
Hurum
Kongsberg
Lillehammer
Lørenskog
Nord-Aurdal
Nore og Ulvdal
Oppegård
Ringebu
Sauherrad
Sjåk
Tynset
Øystre Slidre

Sørlandet

Arendal
Birkenes
Farsund
Flekkefjord
Grimstad
Iveland
Kristiansand
Kvinesdal

Lillesand
Lindesnes
Marnadal
Sogndalen
Søgne
Tvedestrand
Vennesla
Mandal
Sirdal