



Utviklingscenter  
for sykehjem  
Nord-Trøndelag

VERDAL KOMMUNE

# PROSJEKTRAPPORT

---

Innsatsteam - “Aktiv i eget liv”



Prosjektleder: Lene Antonsen  
E-post: [lene.antonsen@verdal.kommune.no](mailto:lene.antonsen@verdal.kommune.no)  
Tlf: 740 48200

Verdal 28.08.12

## SAMMENDRAG

Prosjekt Innsatsteam - “**Aktiv i eget liv**” er et forprosjekt gjennomført i Verdal kommune i 2012. Prosjektet har vært finansiert med kr 250.000 i midler fra Helsedirektoratet. Tilskuddet rettet seg mot å utvikle en modell for kompetanseutvikling innenfor habilitering og rehabilitering gjennom å etablere et tverrfaglig ambulerende kommunalt innsatsteam som skal bistå voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse.

Bakgrunnen for prosjektet knyttes til nasjonale føringer på ventet krevende omsorgsutfordringer der mestring, deltagelse i samfunnet og lengst mulig til stede i eget liv er utgangspunktet for de løsninger som skisseres i nasjonale føringer på disse utfordringene. Ny lov om folkehelse og kommunale helse – og omsorgstjenester er iverksatt og formålet med lovendringene er å tydeliggjøre ansvaret for forebyggende arbeid samt styrke kommunenes rolle ved å gi kommunene ansvar for større deler av behandlingsforløpet for flere pasientgrupper. Det er mer hensiktsmessig å forebygge framfor å “reparere”. Dette forutsetter fokus på fag og tjenesteutvikling, samt kompetanseheving blant helsepersonell i kommunene.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem, og skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Grunntanken bak er at målrettet tverrfaglig innsats kan medvirke til å forsinke brukerens behov for praktisk hjelp og pleie, herunder å minske, utsette og forebygge behovet for kompenserende hjelp. Formålet med innsatsen blir å bevare en høy funksjonsevne med et minimum av hjelp.

Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjonen bedres. Brukeren er selv med på å sette mål for innsatsen noe som er med på å sikre større motivasjon og livskvalitet. For å sikre kontinuitet i rehabiliteringen etableres det et tverrfaglig team rundt hver enkelt bruker. I stedet for bare passivt å sette inn kompenserende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere behovet for helsehjelp fra kommunen.

Med dette som bakgrunn anbefaler prosjektgruppen utprøving av tjenesten “**Aktiv i eget liv**” i Verdal kommune. Metodikk og modellen som prosjektgruppen foreslår er tilpasset etter datainnsamling fra Fredericia, Östersund, Voss, Bodø og Arendal kommune. Når det gjelder organisering av et slikt team i kommunen anbefaler prosjektgruppen team organisering. Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier er terapeuter og “motorer” i tjenesten “**Aktiv i eget liv**”. Ansatte som jobber i teamet må ha en felles base å gå ut fra og komme inn til for å få til felles fokus på planlegging, kompetanseutvikling, diskusjon, refleksjon. I tillegg bør det være en gruppe med skolerte hjemmetrenere i hvert hjemmetjenestedistrikt. Hjemmetrenere skal ha tydelig og støttende ledelse av terapeutene i det praktiske arbeidet sammen med brukerne. Grunnkompetanse hos terapeuter og hjemmetrenere må være tufta på tverrfaglighet og teambygging. Før oppstart med brukere anbefaler prosjektgruppen at opplæringsplan er utarbeidet og gjennomført. Prosjektgruppen anbefaler at tjenesten “**Aktiv i eget liv**” starter opp med følgende ressurser: 20 % koordinatorfunksjon, 20 % ergoterapiressurs, 20 % fysioterapiressurs og 20 % sykepleier/hjelpepleierressurs.

Koordinator funksjonen legges til ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier/hjelpepleier. Antall hjemmetrenere tilpasses etter antall brukere og omfang på vedtak. Prosjektgruppen anbefaler at det vurderes om man kan omdisponere ressurser som allerede finnes i hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten til etablering av en slik tjeneste. Det er mest realistisk å se for seg at man starter i det små men at målet er gradvis styrkning av tjenesten. Videre anbefaler prosjektgruppen en utprøvningsperiode på 1 år, med systematisk evaluering i etterkant.

## **Innhold**

1. Bakgrunn .....	5
2. Mål for prosjektet .....	7
2.1 Utdyping av hovedmål .....	7
3. Mandat- forprosjekt, trinn 1 .....	8
3.1 Organisering av arbeidet.....	8
4. Gjennomføring .....	9
4.1 Forskningsresultater .....	9
5. Besvarelse av mandat .....	9
5.1 Hva er hverdagsrehabilitering?.....	10
5.2 Erfaringer fra andre som har prøvd ut hverdagsrehabilitering .....	10
6. Prosjektgruppens anbefalinger .....	12
6.1 Organisering .....	12
6.2 Organisatorisk plassering .....	13
6.4 Målgruppe .....	14
6.4 Omfanget av målgruppen i kommunen .....	14
6.5 Søknad og vedtak .....	15
6.6 Kartleggingsredskaper.....	16
6.7 Evaluering .....	16
6.8 Aktiviteter i Verdal.....	17
6.9 Modell “Aktiv i eget liv” .....	17
6.10 Kompetansebehov og opplæring .....	19
7. Konklusjon .....	19
Litteraturliste .....	21

# 1. Bakgrunn

De neste tiårene er det ventet krevende omsorgsutfordringer med bakgrunn i forventede demografiske endringer i alderssammensetning, nye yngre brukergrupper samt knapphet på helse og sosialpersonell ([NOU 2011:11 - "Innovasjon i omsorg"](#) (1)). Mestring, deltagelse i samfunnet og lengst mulig til stede i eget liv er utgangspunktet for de løsninger som skisseres på morgendagens utfordringer. Dette kan blant annet løses gjennom nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppemetodikk, kultur og trivsel. Fra 1.1.2012 ble ny lov om folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester iverksatt. Formålet med lovendringene er å tydeliggjøre ansvaret for forebyggende arbeid samt styrke kommunenes rolle ved å gi kommunene ansvar for større deler av behandlingsforløpet for flere pasientgrupper. Økende kompleksitet i sykdomsbilde, kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten og raskere tilbakeføring til hjemmet forutsetter et sterkere mottakspunkt i kommunen, vi må i større grad ha fleksibilitet til å gi sammensatte tjenester i hjemmet og ivareta kompetanseoverføring innad i 1.linjetjenesten. Dette er også i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og [felles handlingsplan](#) (2) for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF.

Rehabilitering handler om "tilbake til hverdagen" - selv om hverdagen som en gang var ikke kommer igjen. Rehabilitering er et sammensatt arbeidsområde som krever god samhandling mellom mange instanser. Brukerne av rehabiliteringstjenester vil ofte ha behov for flere tjenester, både i og utenfor kommunen. I utgangspunktet er alle med funksjonsproblemer og som har behov for assistanse, målgruppe for rehabilitering. Det er funksjonsnivå og funksjonspotensiale og ikke sykdom eller sykdomsårsak som må være grunnlaget for rehabiliteringstjenester.

Det er mange definisjoner på habilitering og rehabilitering, heretter kalt rehabilitering. Vi har valgt å bruke definisjonen som er brukt i [St.meld. nr. 21 \(1998 -99\) Ansvar og meistring](#) (3):

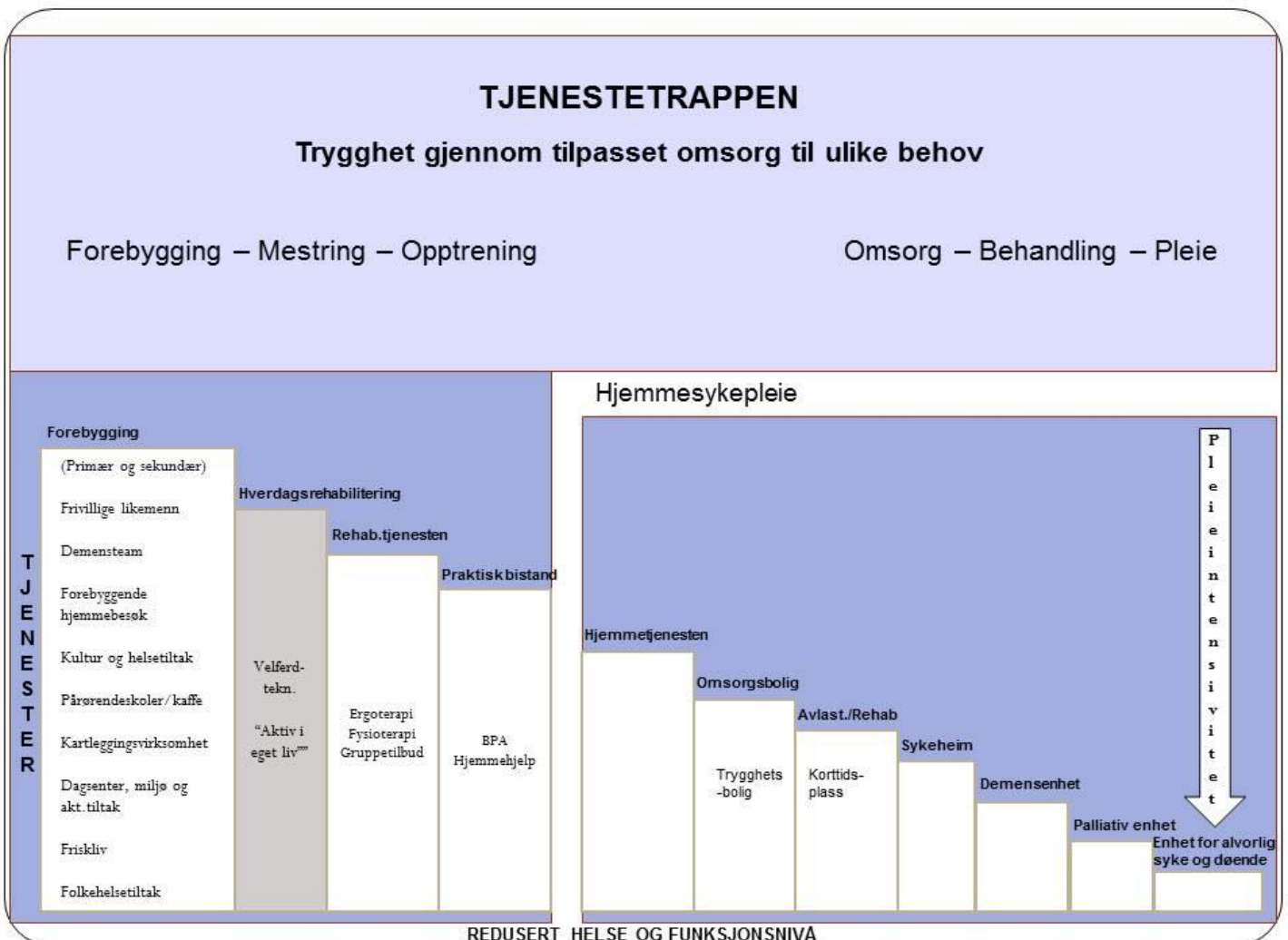
*Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet.*

Det bør tilstrebes at rehabilitering i størst mulig utstrekning skal skje i brukerens vante miljø når dette er faglig forsvarlig. Alle rehabiliteringstiltak som forlenger brukerens muligheter til å bo i eget hjem bør prioriteres, å fungere i eget hjem er for de aller fleste den viktigste målsettingen. For at denne innsatsen skal bli vellykket, er det mange vurderinger som må gjøres sammen med brukeren og de nærmeste. Vi erfarer imidlertid at brukerbehovet i forhold til medisinsk rehabilitering ikke automatisk følger kommunal organisering. Medisinsk rehabilitering er ikke mulig å se isolert og dette må derfor komme fram i måten det tverrfaglige arbeidet organiseres på.

Vi mener at et tverrfaglig innsatsteam er et tiltak som vil kunne bidra til å utvikle og styrke rehabiliteringstjenestene i kommunen og bidra til å øke kunnskapen om behovet for rehabilitering. Etablering av innsatsteam er også i tråd med intensjonene i den kommunale

[Rehabiliteringsplan 2008-2011](#) (4). En av konklusjonene i planen var at det bør etableres et kommunalt rehabiliteringsteam. Det er det imidlertid ikke er funnet økonomisk handlingsrom for i perioden. Verdal kommune har tidligere gjennomført prosjektet ”[Overgang mellom institusjon og hjem](#)” (5) hvor prosjektets hovedmål var å kvalitetssikre overgang mellom institusjon og hjem. Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.05.09-31.09 og videreført ut 2010. I prosjektet kom det frem erfaringer som peker mot etablering av innsatsteam.

Tjenestetrappen er en fin måte å illustrere innsatsen til kommunen i årene som kommer. Vi blir nødt til å styrke innsatsen i nedre del av trappen for å sette innbyggerne i stand til å mestre eget liv og utsette behovet for kommunale tjenester – fra omsorgstrapp til mestringstrapp.



## 2. Mål for prosjektet

**Hovedmål:** Opprette et tverrfaglig ambulerende kommunalt innsatsteam som skal bistå voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse.

**Delmål 1:** Tilrettelegge for økt samarbeid mellom ulike del tjenester som bistår personer i målgruppen (institusjonstjeneste, hjemmetjeneste, rehabiliteringstjenesten og NAV).

**Delmål 2:** Økt kompetanse i kommunehelsetjenesten i forhold voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse.

**Resultatmål:** Målgruppen skal gjennom tidlig innsats øke mulighetene til å leve et velfungerende liv.

### 2.1 Utdyping av hovedmål

Verdal kommune har i sin kommuneplan samfunn et overordnet satsingsområde Folkehelse. I denne sammenhengen handler det som et hovedprinsipp om dreining av ideologi og endringsprosesser mot økt forebygging og en økt selvhjelpsgrad for innbyggerne. Kommunen ønsker å sette aktørene i stand til gjennom prosess og kompetanseøkning å dreie ideologi, holdninger og måter å jobbe på som styrker brukernes ressurser. Modeller utarbeidet både i Östersund i Sverige og Fredericia i Danmark er gode eksempler i endringsarbeidet. Fokuset er rettet mot hverdagsrehabilitering og visjonen er [”Længst mulig i eget liv”](#) (Fredericia modellen) (6).

Verdal kommune må finne sin modell og vi ønsker å basere oss på prinsippene til Fredericia modellen. Ved å utvikle en modell for kompetanseutvikling innenfor habilitering og rehabilitering gjennom å etablere et kommunalt innsatsteam mener vi vil være et viktig bidrag for å få satt i gang denne endringsprosessen. Målgruppen til innsatsteamet er avgrenset til å gjelde voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse som har behov for medisinsk rehabilitering. Det vil si at vi har valgt å rette innsatsen mot personer som opplever funksjonstap ved sykdom eller skade senere i livet.

Temaet skal jobbe utadrettet og være en oppsøkende tjeneste. Temaet skal bistå brukere som har sammensatte behov i en tidsavgrenset periode i overgangssituasjoner mellom hjem, institusjon og sykehus. Målet er å ivareta den enkeltes evne og vilje til å mestre egen hverdag samt forhindre/ utsette behov for institusjonsplass.

### 3. Mandat- forprosjekt, trinn 1

<b>Mandat:</b>	Utvikle en modell og metodikk i forebyggende helsefremmende innsats ovenfor voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse - et tverrfaglig ambulerende kommunalt innsatsteam som skal bistå voksne personer med ervervet funksjonsnedsettelse.
<b>Spesielle premisser</b>	Tverrfaglig samarbeid.  Involvering av folkevalgte når forslag til modell og metodikk er utarbeidet.
<b>Spesielle krav til organisering</b>	Prosjektansvarlige skal fatte beslutning knyttet til fremkomne forslag i planleggingsfasen (trinn 1) før man går videre til gjennomføring (trinn 2).  Prosjektgruppen har myndighet til å innhente ekstern og intern kompetanse og støtte hvis det har betydning for prosjektets fremdrift og resultat.
<b>Frist:</b>	Rapport fra forprosjekt (trinn 1) skal foreligge senest 30.06.12.
<b>Ressurser:</b>	Prosjektleder i 40 %

#### 3.1 Organisering av arbeidet

**Oppdragsgiver:** Kristin Bratseth, Kommunalsjef Velferd

**Prosjektansvarlige:** Turid Krizak, Virksomhetsleder for Ressurscenter helse, omsorg og velferd

Per Tore Sandsaunet, Virksomhetsleder for Øra omsorgs og velferdsdistrikt

Gunn Wolden, Virksomhetsleder for Vinne/Vuku omsorg og velferdsdistrikt

**Prosjektleder:** Lene Antonsen, Ergoterapeut

#### Medlemmer i prosjektgruppen:

Ruth Hynne, Sykepleier	Inger Hammer Storstad, Ergoterapeut
Unni Sellæg, Sykepleier, ass. avd. leder	Else Bostad, Hjelpepleier
Grethe Bremseth, Sykepleier, ass. avd. leder	Une Hallem, Utviklingskoordinator



## 4. Gjennomføring

Det har vært avholdt 10 prosjektgruppemøter. På et møte har kommunelegen deltatt for å få informasjon om prosjektet, og det ble samtidig drøftet hvordan vi kan få til et godt samarbeid med legene i forhold til målgruppen.

Prosjektgruppen har deltatt på informasjonsmøte om “Hverdagsrehabilitering” arrangert av Norsk Ergoterapeutforbund avd. Nord-Trøndelag, og på konferansen “Lengst mulig i eget liv – i eget hjem, med fokus på de utfordringene kommunene står overfor når de skal følge opp intensjonene i samhandlingsreformen” 19-20.04.12 i Bodø. Konferansen var et samarbeid mellom Bodø kommune, Vestvågøy kommune v/Utviklingssenter for hjemmetjenestene og Universitetet i Nordland.

Prosjektleder har deltatt på “Erfaringskonferanse – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner”, og har knyttet kontakt med prosjektleder Nils Erik Ness i prosjekt “[Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner](#)” (7). Det er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og KS. Prosjektgruppen har fått løpende informasjon om den utviklingen som skjer i Norge rundt temaet hverdagsrehabilitering. Prosjektleder og en prosjektdeltaker deltok på Dialogkonferanse om hverdagsrehabilitering i Bodø 21.06.12. Konferansen var en del av kunnskapsinnhenting i prosjekt “Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner”, og vi bidro med informasjon om arbeidet som er gjort så langt i Verdal kommune.

### 4.1 Forskningsresultater

Vi har foretatt litteratursøk på effekt av rehabilitering i hjemmet (februar/mars-12). Det er lite forskning på emnet, og det mangler gode studier for flere pasientgrupper. En oppsummering fra Kunnskapssenteret – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viser at effekten av rehabilitering i hjemmet varierer for ulike pasientgrupper og utfall. Men det er en tendens til at hjemmerehabilitering kommer like godt eller bedre ut enn institusjonalisert rehabilitering i flere systematiske oversikter.

## 5. Besvarelse av mandat

Verdal kommune skal finne sin modell for innsatsteam for brukere som har behov for medisinsk rehabilitering. En modell som er rettet mot prinsippene i Hverdagsrehabilitering, og visjonen “[Lengst Muligt i Eget Liv.](#)” (Fredericia modellen) (6).

## 5.1 Hva er hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabilitering er basert på erfaringer fra Östersund kommune i Sverige og Fredericia kommune i Danmark. I Norge er modellen kjent under navnet Fredericiamodellen som bygger på erfaringer etter prosjektet [“Lengst Muligt i Eget Liv”](#) (6). Fredericiamodellen handler om hvordan fysiske, sosiale og kognitive evner kan opprettholdes og styrkes, slik at aldersbetinget funksjonsfall utsettes.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem, og skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Grunntanken bak hverdagsrehabilitering er at målrettet tverrfaglig innsats kan medvirke til å forsinke brukerens behov for praktisk hjelp og pleie. Herunder å minske, utsette og forebygge behovet for kompensierende hjelp. Formålet med innsatsen blir å bevare en høy funksjonsevne med et minimum av hjelp.

Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjonen bedres. Brukeren er selv med på å sette mål for innsatsen noe som er med på å sikre større motivasjon og livskvalitet. For å sikre kontinuitet i rehabiliteringen etableres det et tverrfaglig team rundt hver enkelt bruker. I stedet for bare passivt å sette inn kompensierende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere behovet for helsehjelp fra kommunen.

Hverdagsrehabilitering innebærer et fokusskifte:

- Fra sykehjem til bolig og nærmiljø
- Fra pleie og omsorg til rehabilitering
- Fra passivisering til aktivisering
- Fra pasient til partner
- Fra hjemmehjelp til hjemmetrening
- Fra diagnose og hjelpebehov til mestring og ressurser
- Fra særfaglig til tverrfaglig

## 5.2 Erfaringer fra andre som har prøvd ut hverdagsrehabilitering

### 5.2.1 Erfaringer fra Danmark

Erfaringer fra [Fredericia kommune](#) (6) viser gode resultater etter innføring av hverdagsrehabilitering. De erfarer blant annet at fastleger og sykehus opplever mindre pågang fra de eldre, og de etterspør færre helsetjenester etter at de startet med hverdagsrehabilitering.

Av nye brukere som har behov for hjemmetjenester er ca. 1/3 aktuell for hverdagsrehabilitering, og de beregner ca. 2-10 uker i gjennomsnitt på et rehabiliteringsforløp etter hverdagsrehabiliteringsmodellen. Av 404 brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering og er avsluttet er:

- 45 % avsluttes uten videre hjelp
- 40 % avsluttes med mindre hjelp
- 15 % avsluttes med samme hjelp som før

Dansk Sunnhetsinstitutt og iTracs har beregnet besparelspotensialet ved hverdagsrehabilitering etter ett år, og har funnet ut at besparelspotensialet ligger rundt 13 millioner kr./år. Noe som svarer til 13.9 % per bruker i hjemmepleien (8).

De fleste kommuner i Danmark satser nå på hverdagsrehabilitering og flere kan vise til positive resultater. Blant annet Kerteminde Kommune som har spart 4 hele stillinger pga avslutning eller reduksjon i behovet for hjemmehjelp etter oppstart av hverdagsrehabilitering (9).

Dansk Sundhedsinstitut har evaluert tilbudet “Træning som hjælp” i Odense Kommune, og tallene viser at 40 % av nye brukere som har etterspurt hjelp til personlig pleie og/eller praktisk bistand har fått tilbud om “Træning som hjælp”-forløp. Av de som har avsluttet et forløp er 47 % blitt helt selvhjulpne, og 42 % av disse er 80 år eller eldre. De som fremdeles har behov for hjelp klarer etter treningsforløpet flere oppgaver i hverdagen selv. En estimert beregning viser at effekten av “Træning som hjælp” gir en årlig besparelse på ca. 30 mill. kr. (10)

### 5.2.2 Erfaringer fra Sverige

Östersund Kommune i Sverige er kjent for sin satsning på hjemmerehabilitering, og har konkludert med at hjemmerehabilitering er lønnsomt både i forhold til brukernes livskvalitet og i forhold til kommunens økonomi.

Filipstads Kommune i Sverige hadde et prosjekt “Hemrehab 2007”, der 101 brukere deltok. Resultatene fra 2007 viste at hjemmehjelpstimene hos de aktuelle brukerne ble redusert med 459 timer. De erfarte at mange har en oppfatning om at eldre mennesker skal få hjelp i hverdagsaktiviteter uansett om personen klarer dem eller ikke. Andre kommuner i Sverige har også satset på hjemmerehabilitering og kan vise til gode resultater. I rapporten fra Sosialstyrelsen i Sverige “[Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner](#)” (11) fremgår det at hemrehabilitering kan vise til gode resultater og besparelser for kommunene.

### 5.2.3 Hverdagsrehabilitering i Norge

Våre undersøkelser viser at mange kommuner er nysgjerrige på hverdagsrehabilitering, og en god del holder på å planlegge oppstart av prosjekter rettet mot hverdagsrehabilitering. I Nord-Trøndelag er det Snåsa og Verdal kommune som er kommet lengst i planleggingen. Vi vet at Voss kommune med sin "[Vossamodell](#)" (12) har startet opp med første bruker i slutten av mai-12, og at Bodø kommune startet med første bruker i juni-12. Arendal Kommune har hatt et pilotprosjekt gående "[Hjemmebasert rehabilitering](#)" (13). 19 av 21 brukere som ble fulgt opp i 3 uker har fått redusert behovet for hjemmetjenester. 4 ble avsluttet helt og 15 har redusert behovet for hjemmesykepleie. De kan vise til økonomiske besparelser for kommunen. Det foreligger ikke rapport fra prosjektet ennå.

Det foreligger så langt vi vet ingen forskning fra Norge med tanke på ressursbesparelse eller effekt av hverdagsrehabilitering i dag, men en gruppe forskere fra Høgskolen i Bergen holder på å evaluere ulike aspekt ved rehabiliteringsmodellen hverdagsrehabilitering med utgangspunkt i Voss kommunes erfaringer. Forskningsperioden er fra 2011-2014, og informasjon om de ulike forskningsprosjektene finnes på siden til [Senter for omsorgsforskning Vest](#). Prosjekt "[Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner](#)" (7) holder på med sin rapport og den vil foreligge ca. 1. oktober 2012.

## 6. Prosjektgruppens anbefalinger

Prosjektgruppen har valgt å kalle innsatsteamet for "**Aktiv i eget liv**". Dette gjenspeiler intensjonene i hverdagsrehabilitering – *du skal være aktiv i ditt eget liv*.

### 6.1 Organisering

"**Aktiv i eget liv**" må være tverrfaglig sammensatt, og helst av personer med videreutdanning eller kompetanse innen rehabiliteringsfeltet. Vi ønsker å bygge på erfaringene fra Danmark og foreslår at ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier er "motor" i innsatsteamet, og står for kartlegging av aktuelle brukere til hverdagsrehabilitering.

Hjemmetrenerne – de som skal utføre opptreningen i samarbeid med høgskolegruppen består av dagens hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter og hjemmehjelpere med interesse for hverdagsrehabilitering, og gjerne med videreutdanning eller erfaring med rehabilitering.

Erfaringer fra Danmark viser at skal en lykkes med hverdagsrehabilitering i kommunene må det være definerte team med tydelig og støttende ledelse som jobber med hverdagsrehabilitering. Teamet må få nok ressurser til utvikling av teamet, og man må fokusere på kvalitet. En felles møteplass der man får tid til å bli godt kjent og utvikle tjenesten er viktig i oppstartsfasen. Det å kunne dokumentere resultater og lære av erfaringer danner grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis.

## 6.2 Organisatorisk plassering

Prosjektgruppen synes det er vanskelig å komme med et råd om organisatorisk plassering. Tjenesten “Aktiv i eget liv” krever en tverrfaglig arbeidsstokk som i dag er organisatorisk plassert i ulike virksomhetsområder og under ulike ledere.

### Prosjektgruppen ser 4 alternativer til organisering:

1. Hjemmetjenesten – tjenesten må da styrkes med ergoterapeut og fysioterapeut
2. Rehabiliteringsavdelingen på VeBH – avdelingen må da styrkes med ressurser som kan jobbe i brukers hjem
3. Rehabiliteringstjenesten – tjenesten må da styrkes med sykepleiekompetanse og hjemmetrenere.
4. Team “Aktiv i eget liv” – ressurser hentes inn fra hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten og teamet må få en felles fast møteplass (lik organisering som demensteamet i Verdal kommune).

Det er fordeler og ulemper med alle organisasjonsformene. Det mest ideelle er at “Aktiv i eget liv” blir organisert under en enhet med en felles leder. Men prosjektgruppen ser at i en oppstartsfase kan de være hensiktsmessig å organisere “Aktiv i eget liv” som et team (lik demensteamet). Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier er “motorer” i tjenesten “Aktiv i eget liv”. Det anbefales derfor en tverrfaglig sammensetting av teamet, og med ansatte fra ulike virksomhetsområder og avdelinger innen helse, omsorg og velferd. De som jobber i teamet må ha en felles base å gå ut fra og komme inn til for å få til felles fokus på planlegging, kompetanseutvikling, diskusjon, og refleksjon. I tillegg bør det være en gruppe med skolerte hjemmetrenere i hvert hjemmetjenestedistrikt. Teammedlemmene kan da ta med seg “ny” kunnskap og holdninger inn i avdelingene hvor de jobber til daglig.

Vi vet ikke hvor mange brukere som vil være aktuell for “Aktiv i eget liv” og dermed kan dette også være den mest økonomiske modellen i en oppstartsfase. På sikt kan man se for seg at kommunen får et bedre tallgrunnlag for å vurdere tjenestens størrelse. Den organiseringen som er foreslått forutsetter at ledelsen frigir nok ressurser til å kunne jobbe etter den nye modellen når det er aktuelle brukere. Dette forutsetter en viss grad av fleksibilitet fra flere aktører. Dette er også erfaringer som demensteamet har gjort seg. Ulempen med en slik organisering er at det kan være en fare for at teamet kan “smuldre” opp, og at måten vi jobber på i dag fortsatt blir gjeldende praksis.

## 6.3 Ressurser

Prosjektgruppen anbefaler at tjenesten “Aktiv i eget liv” starter opp med følgende ressurser:

- 20 % koordinatorfunksjon
- 20 % ergoterapiressurs
- 20 % fysioterapiressurs
- 20 % sykepleier/hjelpesleierressurs
- Antall hjemmetrenere tilpasses etter brukers vedtak. Det bør være en gruppe med skolerte hjemmetrenere i hvert distrikt.

## 6.4 Målgruppe

Nye brukere som søker om praktisk bistand og/eller helsehjelp i hjemmet, og som har et rehabiliteringspotensial.

### **Ekskluderingskriterier:**

- Brukere med kognitiv svikt / demenssykdom
- Brukere med vedtak i institusjon.

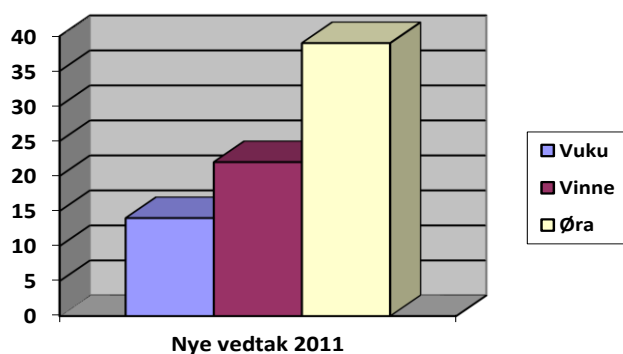
### **Faktorer som har betydning når rehabiliteringspotensialet blir vurdert.**

Er bruker:

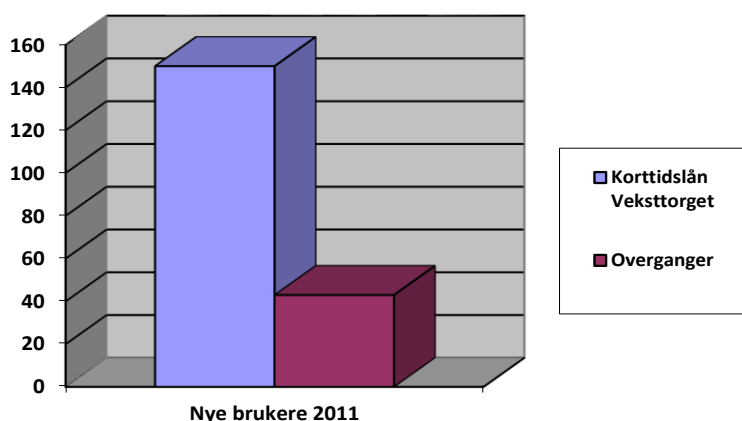
- motivert til å sette egne mål?
- motivert for å nå egne mål?
- motivert for å være aktiv i eget liv?

## 6.4 Omfanget av målgruppen i kommunen

Hverdagsrehabilitering er en ny måte å tenke rehabilitering på, og det er derfor vanskelig å estimere rett omfang av målgruppen. Kommunen benytter det elektroniske pasientjournalssystemet Profil. Profil kan ikke kjøre ut lister over kun nye brukere til hjemmetjenesten, og vi har derfor foretatt en manuell telling fra 2011 på de som er nye brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp (praktisk bistand). I 2011 var det 65 nye brukere til hjemmetjenesten. Det er ikke innhentet tall fra de som fikk avslag på søknad om hjemmetjenester.



Brukere som er på “vippen” mellom å være selvstendig, og ha behov for helsehjelp kan vi også finne i tall fra Veksttorget og Rehabiliteringstjenesten. I 2011 ble det registrert 43 overganger mellom institusjon og hjem, og ca. 150 brukere av korttidslån (estimert tall fra Veksttorget).



Prosjektgruppen mener det er viktig å nå brukere som er på “vippen” mellom å klare seg selv og ha behov for helsehjelp. Ved å komme tidlig inn og gjøre en forebyggende innsats vil man på sikt kunne utsette behovet for helsehjelp fra kommunen, og innbyggerne kan klare seg lenger uten varig hjelp i hjemmet. Målet med “**Aktiv i eget liv**” er å unngå eller redusere andre kommunale tjenester. Tjenestetrappen illustrerer dette godt (se side 6).

## 6.5 Søknad og vedtak

Med tanke på kommuneøkonomien er det mer hensiktsmessig å forebygge framfor å “reparere”, og det er derfor viktig å fange opp aktuelle brukere til “**Aktiv i eget liv**” tidlig. Dette forutsetter et godt samarbeid med flere og spesielt fastlegene. Slik vi ser det har de mulighet til å fange opp brukere som er på “vippen” til å måtte ha kommunale hjemmetjenester før de får et funksjonsfall som gjør at opptrening ikke er hensiktsmessig. Hjemmetjenesten, 2. linjetjenesten, rehabiliteringstjenesten, opptreningsinstitusjoner og

fastlegene må derfor gjøres kjent med tjenesten slik at de informere aktuelle brukere og eventuelt bistå brukere med å søke om tjenesten hvis det vurderes som hensiktsmessig.

Prosjektgruppen anbefaler at det fattes enkeltvedtak på tjenesten, og at brukers målsettinger skal stå i vedtaket. Slik vi har forstått anvendelsen av lovverket kan tjenesten hjemles i helse og omsorgsloven § 3-2 punkt 5. Dette er også sammenfallende med Bodø kommune sin praksis. Prosjektgruppen anbefaler at varigheten på vedtaket skal være 4 uker med evaluering underveis samt sluttevaluering.

## 6.6 Kartleggingsredskaper

For å lykkes med “Aktiv i eget liv” er det viktig å få til en god kartlegging av brukers mål. I Fredericia og andre kommuner i Danmark bruker de [Canadian Occupational Performance Measure – COPM](#) (14). Det er et kartleggingsredskap som utføres som et semistrukturert intervju. Formålet er å avdekke aktuelle aktivitetsproblemer, å innhente informasjon om betydning av ulike aktiviteter, og få informantens vurdering av utførelse av og tilfredshet med aktivitetsutførelsen. Resultatet fra kartleggingen danner grunnlag for utarbeidelse av mål og plan for “Aktiv i eget liv” og for å evaluere nytte eller effekt underveis og etter avsluttet opptrening.

Masteroppgaven til Sloth-Egholm (2011) [“Giver borgernes bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effektivitet i hjemmepleien?”](#) (15) konkluderer med at ved bruk av COPM sikrer man at det er brukeren som setter sine egne mål. Empirisk data fra Hverdagsrehabilitering viser at brukere prioriterer å bli selvhjulpne innenfor områder som kommunen har interesse i. Det vil si at brukerne hovedsakelig har som mål å klare personlig hygiene og daglig husarbeid selv. Dermed har kommunen og brukerne like mål med rehabiliteringen.

Brukerne som får bruke COPM til å sette sine mål har i gjennomsnitt 7,5 dager (16,9 %) kortere rehabiliteringsforløp enn de som ikke blir kartlagt med COPM. Ut fra dette mener prosjektgruppen at COPM er et godt kartleggingsredskap å bruke på aktuelle brukere til tjenesten “Aktiv i eget liv”. I tillegg til COPM kommer innhenting av nødvendige opplysninger som pårørende, sykdommer, og medisiner. Det kan være nødvendig å foreta andre tester, kartlegginger og funksjonsvurderinger, og dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

## 6.7 Evaluering

Alle brukerne blir vurdert fortløpende og ved tjenestens slutt, og dette dokumenteres i Profil.



## **6.8 Aktiviteter i Verdal**

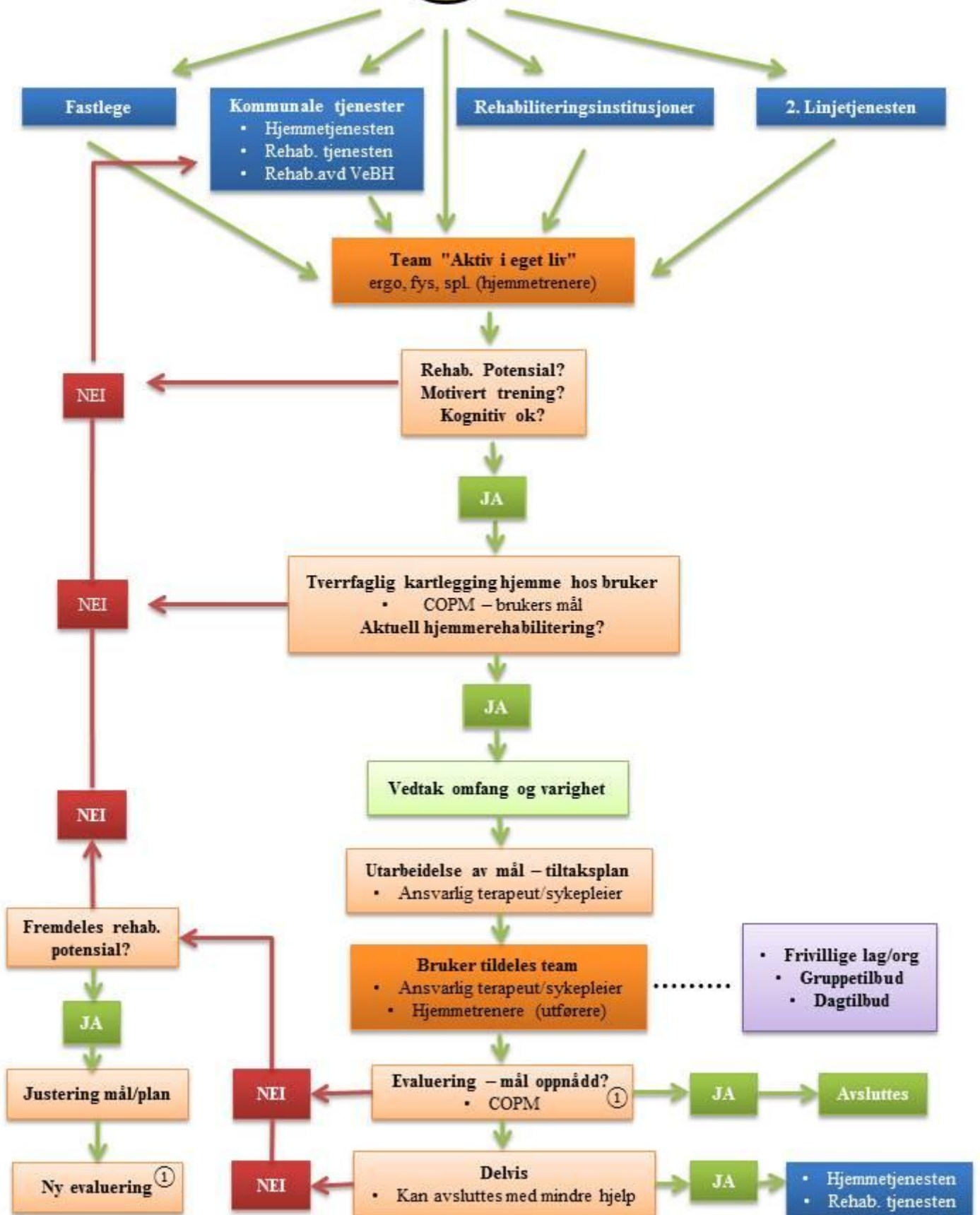
Prosjektgruppen mener det mangler en fullstendig oversikt over det som finnes av aktivitetstilbud i egen kommune. Som en del av tjenesten **“Aktiv i eget liv”** ser vi for oss at det rundt enkeltbrukere vil kunne være aktuelt å koble seg på allerede eksisterende aktivitetstilbud i Verdal, f.eks. dagtilbud, tilbud fra frivillige lag og organisasjoner.

## **6.9 Modell “Aktiv i eget liv”**

Ut fra overnevnte har prosjektgruppen laget følgende modell til **“Aktiv i eget liv”**.

Modell "Aktiv i eget liv"

Ny bruker med behov for praktisk bistand/helsehjelp i eget hjem



## 6.10 Kompetansebehov og opplæring

“Aktiv i eget liv” er en ny måte å jobbe på og vil kreve en holdningsendring internt i kommunen og blant innbyggerne i kommunen. Verdalen har flere terapeuter, sykepleiere og helsefagsarbeidere med videreutdanning/lang erfaring i rehabilitering som har kompetanse på området “Aktiv i eget liv” fokuserer på. Ut fra dette mener prosjektgruppen at kommunen har mye god kompetanse på rehabiliteringsfeltet, men for å få en felles forståelse av hva hverdagsrehabilitering er og hva vi legger i rehabilitering vil det være behov for felles opplæring før det settes i gang med brukere.

### Vi ser at det kan være behov for en 3 delt opplæring:

- Opplæring av innbyggere og organisasjonen (politikere, administrasjon, ledere, tillitsvalgte, ansatte) – hvorfor hverdagsrehabilitering
- Opplæring for ledere og ansatte – fokus på holdningsendringer. Bør gjøres avdelingsvis/ i mindre grupper.
- Opplæring av de som skal jobbe i teamet – kartleggingsredskaper, tester, motivasjonsteknikker.

Prosjektgruppen har valgt å ikke lage en konkret opplæringsplan. Dette må gjøres hvis det besluttes at tjenesten skal prøves ut.

## 7. Konklusjon

- Prosjektgruppen anbefaler utprøving av tjenesten “Aktiv i eget liv” i Verdalen kommune. Metodikk og modell er tilpasset etter datainnsamling fra Fredericia, Östersund, Voss, Bodø og Arendal kommune.
- *Organisering:* Prosjektgruppen går inn for alternativ 4: Teamorganisering under punkt 6.2. Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier/hjelpepleier er “motorer” i “Aktiv i eget liv”. Hjemmetrenere skal ha tydelig og støttende ledelse i det praktiske arbeidet sammen med brukerne. Ansatte som jobber i temaet må ha en felles base å gå ut fra og komme inn til for å få til felles fokus på planlegging, kompetanseutvikling, diskusjon, refleksjon. jf. punkt 6.1. Prosjektgruppen peker ellers på de 3 andre alternative måtene å organisere på.
- Prosjektgruppen anbefaler en utprøvsperiode på 1 år, med systematisk evaluering etterpå.
- *Kompetanse:* Grunnkompetanse hos ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier/hjelpepleier og hjemmetrenere må være tufta på tverrfaglighet og teambygging. Før oppstart med brukere må opplæringsplan være utarbeidet og gjennomført. Se punkt 6.10.

- *Ressurser:* Prosjektgruppen anbefaler at tjenesten “Aktiv i eget liv” starter opp med følgende ressurser:
  - 20 % koordinatorfunksjon
  - 20 % ergoterapiressurs
  - 20 % fysioterapiressurs
  - 20 % sykepleier/hjelpepleierressurs
  - Hjemmetrenere tilpasses etter brukers vedtak. Det bør være en gruppe med skolerte hjemmetrenere i hvert hjemmetjenestedistrikt.
- Prosjektgruppen utfordrer Verdal kommune til å etablere et brukerkontor/ tildelingskontor slik at brukerne får en dør inn til kommunen når de skal søke om helse og omsorgstjenester. Et brukerkontor bør være tverrfaglig sammensatt og ha en forbindelseslinje til koordinerende enhet.

***På sporet***

*Vi er på sporet*

*etter en ny og bedre virkelighet*

*som skal finnes ikke så langt herfra*

*Den ligger forhåpentlig*

*i nærheten av*

*det hjertet forstår*

*Kate Næss i «Blindgjengere» (1969)*

## Litteraturliste

1. NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg".  
<http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>
2. Helhetlige helsetjenester – felles ansvar. En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF (2010).  
[https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner/Samhandlingsstrategi\\_HNT\\_KS\\_2010.pdf](https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner/Samhandlingsstrategi_HNT_KS_2010.pdf)
3. St.meld.nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk..  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>
4. ReHabiliteringsplan 2008-2011, Verdal Kommune.  
<http://www.verdal.kommune.no/Documents/Helsetjenester/rehabilitering0811.pdf>
5. Storstad, I. H. (2010): Prosjekt "Overgang mellom institusjon og hjem", Rapport fra Verdal kommune.  
<http://www.verdal.kommune.no/Documents/Helsetjenester/sluttrapportoverganghjemoginstitusjon2011.pdf>
6. Kjellberg m.fl (2011): Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. Rapport fra Dansk Sundhedsinstitut.  
[http://projekt.dsi.dk/uploads/upload\\_4ed35da4822b3.pdf](http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4ed35da4822b3.pdf)
7. Prosjektet "Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner"  
<http://netf.no/Ergoterapeutene/vimener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Prosjekt-Hverdagsrehabilitering>
8. Kjellberg m.fl. (2011): Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. Notat/Prosjekt 3333. September, Dansk Sundhedsinstitut.  
[http://www.etf.dk/fileadmin/bruger\\_upload/dokumenter/FAG\\_FORSKNING/Rehabilitering/DSI\\_evaluering\\_-\\_notat\\_september\\_2011.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSI_evaluering_-_notat_september_2011.pdf)
9. Projektbeskrivelse Rehabilitering i Kerteminde Kommune 2007.  
[http://www.kerteminde.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2fFile\\_r%2faeldre%2fAktivitet+og+traening%2fProjektbeskrivelse\\_rehabilitering\\_KK2007.pdf](http://www.kerteminde.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2fFile_r%2faeldre%2fAktivitet+og+traening%2fProjektbeskrivelse_rehabilitering_KK2007.pdf)
10. Træning som hjælp gør Odenses ældre mere selvhjulpne.  
<http://www.odense.dk/Presse/Pressemeddelelser/Pressemeddelelser%202012/Traening%20som%20hjaelp%20goer%20Odenses%20aeldre%20mere%20selvhjulpne.aspx>

11. Gustafsson U, Gunnarsson B, Sjöstrand ÅB, Grahn B (2010): Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse for utvecklingen (pdf) Landstinget Kronoberg Sosialstyrelsen FOU-rapport 2010:11. [http://www.netf.no/content/download/44905/155084/file/FoU-rapport\\_2010-11.pdf](http://www.netf.no/content/download/44905/155084/file/FoU-rapport_2010-11.pdf)
12. Hauglum S (2012): "Vossamodellen" - kvadagsrehabilitering på Voss Ergoterapeuten nr 1, 2012. <http://www.ergoterapeuten.no/content/download/50628/188935/file/Vossamodellen.pdf>
13. Gundersen J (2012): Pilotprosjekt Hjemmebasert rehabilitering, April 2011 - Mars 2012, Arendal kommune, Powerpointpresentasjon <http://www.netf.no/content/download/54233/215871/file/HBR%20power%20point%20rehabilitering.pdf>
14. Kjekken I, Sand-Svartrud AL (2012): The Canadian Occupational Performance measure brukt i rehabilitering Ergoterapeuten nr 1, 2012 <http://www.ergoterapeuten.no/content/download/50630/188950/file/COPM.pdf>
15. Sloth-Egholm A (2011): Giver borgernes bestemmelser af mål for rehabiliteringen højere effekt i hjemmeplejen? Masteroppgave. [http://www.etf.dk/fileadmin/bruger\\_upload/dokumenter/FAG\\_FORSKNING/Rehabilitering/anne\\_sloth\\_endelig\\_masteroppgave.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/anne_sloth_endelig_masteroppgave.pdf)