



**Hamar kommune**

Rapport 2014

# Utprøving av modell for hjemmerehabilitering/ innsatsteam i Hamar kommune



**Utviklingscenter  
for hjemmetjenester**  
Hedmark

## Innholdsfortegnelse

Tabelloversikt.....	2
Innledning og bakgrunn .....	3
Prosjektorganisering.....	5
Gjennomføring av prosjektet.....	6
Prosjektets mål og tiltak .....	6
Arbeidsmetoder .....	7
Hjemmerehabiliteringsteamet.....	7
Henvisning av brukere og saksbehandling .....	7
Brukernes mål for rehabiliteringen.....	8
Tiltak.....	8
Samarbeid med bruker/pårørende og andre tjenesteytere.....	9
Resultater og evaluering.....	10
Fordeling av rehabiliteringssøkere innenfor døgn-, dag- og hjemmerehabilitering samt omfang av avslag .....	10
Alder og kjønn .....	13
Diagnoser, antall vedtak og omfang av hjemmerehabilitering.....	13
Brukernes mål for rehabiliteringen.....	14
Bistandsbehov (IPLOS) ved start og slutt på tjenester .....	16
Behov for hjemmesykepleie etter avsluttet hjemmerehabilitering .....	17
Søkt eller etablert tilbud fra privat fysioterapeut etter endt hjemmerehabilitering .....	18
Etablert kontakt med frivillige organisasjoner og andre samarbeidspartnere etter endt hjemmerehabilitering.....	18
Oppsummering og diskusjon.....	19
Konklusjon .....	21
Referanser.....	22

## Tabelloversikt

- Tabell 1 Fordeling av rehabiliteringssøkere i Hamar over de siste 3 årene
- Tabell 2 Fordeling av rehabiliteringssøkere som har fått avslag de siste 3 årene
- Tabell 3 Søkere som har blitt behandlet i forhold til hjemmerehabilitering
- Tabell 4 Brukernes alder
- Tabell 5 Hoveddiagnoser og vedtak i uker
- Tabell 6a Personlig daglige aktiviteter
- Tabell 6b Produktivitet
- Tabell 6c Fritid
- Tabell 6d Adekvate medisinske mål som falt utenfor skåring i COMPM-kartleggingen
- Tabell 7 Sammenligning av ADL-IPLOS skår ved start og avsluttet hjemmerehabilitering
- Tabell 8 Hjemmesykepleie etter avsluttet hjemmerehabilitering
- Tabell 9 Henvisning til andre tjenester/tilbud

## Innledning og bakgrunn

Hamar kommune er organisert i 11 resultatenheter, to av disse er Levekår og helse og Pleie og omsorgsavdelingen. Fysioterapeutene er organisert under Levekår og helse, mens Pleie og omsorgsavdelingen har ansvar for ergoterapitjenesten, institusjon og hjemmetjenesten.

Levekår og helse og Pleie og omsorgsavdelingen i Hamar kommune har arbeidet for etablering av et hjemmerehabiliteringsteam siden en ekskursjon til Bærum kommune i 2004. Saken ble første gang behandlet i ”Plan for helhetlige og koordinerte tjenester” som ble administrativt vedtatt 20.02.08 (1). Et av tiltakene i denne planen var etablering av hjemmerehabiliteringsteam/innsatsteam. Planen fra 2008 er tatt inn under arbeidet med kommunedelplanen for helse og omsorg hvor et av delprosjektene er habilitering/rehabilitering. Kommunedelplanen gir prioriteringer for perioden 2014-2017. Dette innebærer at prosjektet er forankret i Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030 (2).

Ledergruppa i Levekår og helse og Pleie og omsorgsavdelingen besluttet i desember 2011 at det skulle settes i gang et utviklingsarbeid for å få hjemmerehabiliteringsteamet etablert. Det forelå god dokumentasjon på effekten av denne type rehabiliteringstjeneste fra andre kommuner (3, 4). Da Hamar kommune er vertskap for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark valgte vi å organisere arbeidet som et prosjekt, og å samarbeide med senteret. Vi ønsket å dokumentere prosjektarbeidet både til den interne evalueringen i kommunen og for overføringsverdi til andre kommuner.

Prosjektet ”Utprøving av modell for hjemmerehabilitering/innsatsteam” er blitt gjennomført i perioden 01.09.12 til 01.11.13. Hensikten med prosjektet var å få erfaringer med hjemmerehabiliteringsteam som arbeidsmodell og å undersøke om hjemmerehabilitering er et egnet tilbud til brukere med behov for rehabilitering i Hamar kommune. I denne tidsperioden har antall senger på enheten for døgnrehabilitering vært redusert fra 12 til 8 senger. Disse fire sengene har blitt benyttet til korttidsplasser og primært vært benyttet til langtidsbrukere.

Tilbudet om hjemmerehabilitering ble rettet mot mennesker med behov for rehabilitering i kommunal regi, med fokus på hjemmet som arena for rehabiliteringsarbeidet. For å avgrense prosjektet er tilbudet primært blitt gitt til mennesker med nyoppståtte behov for rehabilitering.

Kommunes krav om etablering av tjenestetilbud er regulert i Helse og omsorgstjenesteloven. I henhold til lovens formål skal tjenester som forebygging, behandling, og tilrettelegging for mestring tilbys. Dette skal sikre den enkeltes mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre. Vedtak om hjemmerehabilitering bidrar til dette.

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg legger stor vekt på innovasjon, arbeidsmetoder og faglige tilnærminger. Regjeringen vil bidra til en faglig omstilling gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og intensiv opptrening er et av tiltakene som omtales i

stortingsmeldingen. Det presiseres at det er ønskelig at kommunene forsøker ulike modeller for tidlig innsats og rehabilitering (5). I ”Kommundelplan for helse og omsorg 2014-2030” i Hamar kommune beskrives et differensiert og fleksibelt rehabiliteringstilbud hvor rehabiliteringsteam til brukere med behov for tverrfaglig og spesialisert rehabilitering er et tilbud i hjemmet (2).

Rehabilitering skal være ”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (6). Hamar kommune (7) legger også denne definisjonen, som er hentet fra Forskrift om habilitering og rehabilitering fra 2001, til grunn for rehabiliteringsarbeidet.

### **Hamar kommune har etablert rehabiliteringstjenester som vektlegger opptrening og egenmestring på ulike nivåer og tjenester:**

- *Døgnrehabilitering* med 12 plasser. Dette er tverrfaglig, spesialisert rehabilitering og ytes i institusjon når det er behov for 24 timers tilsyn/omsorg eller at hjemmet ikke er tilrettelagt for opptrening.
- *Dagrehabilitering* i tilslutning til rehabiliteringsavdelingen. Dette tilbudet gis til hjemmeboende og gir tilbud om trening og aktiviteter i avdelingen i snitt 2 dager per uke over 6 uker.
- *Hjemmerehabilitering*. Dette er spesialisert, tverrfaglig rehabilitering som ytes i brukers hjem og nærmiljø. Prosjektet ble avsluttet 01.11.13 og målet var å videreføre dette ved hjelp av Samhandlingsmidler. Per november 2013 har Pleie og omsorgsavdelingen økonomiske midler til å finansiere sykepleier i 75 % stilling og ergoterapeut i 100 % stilling ut 2014. Levekår og helseavdelingen har videreført 50 % fysioterapeut.
- *Hverdagsrehabilitering*. I følge ”Morgendagens omsorg” er dette en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjennomrette eller øke tidligere funksjonsnivå (5). Det er et mål i Helse og omsorgsplanen å etablere hverdagsrehabiliteringsarbeidslag, men dette krever friske midler eller omfordeling. Tiltaket skal behandles i en temaplan.
- *Hverdagsmestringsarbeidslag*. I 2013 har Pleie og omsorgsavdelingen gjennomført en omorganiseringsprosess til funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmetjenesten. For å imøtekomme kravene til kompetanse hos personalet er det nødvendig å spisse tjenestene slik at noen utvikler særskilt kompetanse innen definerte fagfelt. Rehabiliteringstjenestene er et av disse fagfeltene. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes ressurser i hverdagen uansett funksjonsnivå (5). Brukernes egenomsorg, kartlegging av iboende ressurser samt motivering og tilrettelegging for mestring, egentrening og aktiviteter i hverdagen er sentralt. Det er blitt opprettet tre hverdagsmestringsarbeidslag, ett ved hvert av de tre distriktene i Pleie og omsorgsavdelingen.

Som det kommer fram over har Hamar kommune etablert to nye tilbud innenfor området i 2013. Hjemmerehabilitering er et spesialisert rehabiliteringstilbud hvor et tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteamet er basen. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen. St. meld. nr. 47 (2007-2009) setter fokus på rehabilitering hvor tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten er grunnleggende. Behovet for tverrfaglighet og behovet for ulike tilbud blir spesielt nevnt i meldingen (8).

Det andre tilbudet som Hamar kommune har etablert er en styrking av hverdagsmestring, hvor de tre hverdagsmestringsarbeidslagene i hjemmesykepleien har tjenesteansvaret. Dette tilbudet blir ikke omhandlet i denne rapporten. Disse arbeidslagene er viktige samarbeidspartnere for å vedlikeholde gjenvunnet funksjon etter hjemmerehabilitering.

Målgruppa i prosjektet om hjemmerehabilitering har vært mennesker med behov for rehabilitering etter somatisk sykdom. Dette er prosjektets utgangspunkt, og det er i forhold til denne målgruppa at det er funnet evalueringsvariabler. I tråd med målsettingen med rehabiliteringsarbeidet i Hamar kommune er rehabiliteringstilbudet sammensatt av medisinsk, sosialt og psykososiale aspekter. To av målene i prosjektet er knyttet til samarbeidsrelasjoner (mål 3 og 4), men vi har ikke funnet adekvate målevARIABLER eller data for dette. Å definere og etablere konstruktiv samhandling med øvrig tjenesteapparat, for eksempel demens- og psykisk helseteam ble vektlagt, men det ble ikke laget evalueringsvariabler for dette i prosjektet.

Denne rapporten beskriver først hvordan prosjektet ble organisert. Deretter presenteres arbeidsmetoder samt resultater og evaluering av prosjektet. Oppsummering med diskusjon og konklusjon kommer til slutt.

## Prosjektorganisering

### Styringsgruppe:

Anne Brendjord (prosjektleder), Bodil Høistad, Sverre Rudjord/Turid Haugen Karseth, Vigdis Galaaen

### Arbeidsgruppe:

Marianne Pettersen, Olav Øverland, Bente Ødegård Kjøs, Hilde Lium, Borghild Hagen, Ingerid von Krogh, Gun Frogner/Ann Kristin Joakimsen, Anne Brendjord

### Hjemmerehabiliteringsteamet:

Nina Røhnebak Haugom, Drude Håkonsen og Christine Helseth. Ny fysioterapeut i temaet fra 25.09.13 Nina Smestad

### Møtestruktur og informasjonsutveksling:

I tillegg til tre samarbeidsmøter med arbeidsgruppa i løpet av prosjektperioden har det vært kontinuerlig dialog mellom deltagerne i arbeidsgruppa.

Det har vært avholdt tre møter i styringsgruppa. Ett for å godkjenne prosjektplanen, ett for å drøfte utvidelse av prosjektet, og i det siste møtet ble prosjektrapporten behandlet.

Det har blitt skrevet referat fra alle møter. Mellom møtene har hovedsakelig e-post blitt brukt slik at dokumentasjon på avgjørelser er blitt ivaretatt.

## **Gjennomføring av prosjektet**

Prosjektet startet med et to dagers arbeidsseminar/kick-off i august 2012. Hensikten var å definere sentrale begreper og effektivere målene i prosjektplanen. Videre ønsket vi å avklare ansvarsfordeling, etablere rutiner, kjøreregler og samhandlingsformer. En viktig tilleggseffekt var at teamet skulle bli kjent med hverandre. Det vises til vedlagte arbeidsplan.

### **Prosjektets mål og tiltak**

1. Synliggjøre at hjemmerehabilitering vil kunne erstatte et visst antall døgnplasser ved å gi et fullgodt rehabiliteringsforløp på et lavere kostnadsnivå til rehabiliteringssøkere som ellers ville hatt behov for døgnrehabilitering.

- Flere pasienter vil kunne skrives ut direkte til hjemmet fra spesialisthelsetjenesten eller kommunens døgnrehabiliteringstilbud. Dette fører til at pasientene raskere kan komme i gang med rehabilitering i sitt eget hjemmemiljø.
- Frigjøre kapasitet på døgnrehabilitering for å imøtekomme økte krav i Samhandlingsreformen til kommunen, som tidligere utskrivning fra sykehus.
- Hjemmet som arena for rehabilitering er mindre kostnadskrevende enn døgnplass.

2. Ivareta intensjonen i rehabiliteringsarbeidet i Hamar kommune:

- Best mulig funksjons og mestringssevne.
- Selvstendighet.
- Deltakelse sosialt og i samfunnet.
- Brukers eget definerte mål og bidrag i rehabiliteringsarbeidet skal beskrives i brukers vedtak (basert på metodikken i individuell plan).

3. Bedret koordinering av alle aktuelle tjenestetilbud; kommunale og spesialisthelsetjeneste.

- Følge aktuelle tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten.
- Nedfelle konkrete mål og tiltak i brukers tiltaksplan.

- Henstille til at fastlegene tar kontakt med rehabiliteringsteamet før brukere henvises til opptrening i spesialisthelsetjenesten og private opptreningssentra slik at kommunens egen kapasitet benyttes fullt ut.
  - Kontakt med hjemmebaserte tjenester etableres så rask det viser seg at tjenester fra denne delen av tjenesteapparatet kan bli aktuell.
4. Benytte ressursene som ligger i samarbeidet med pårørende og frivillige organisasjoner.
- Dersom pårørende, venner mv er aktive i rehabiliteringsarbeidet skal dette avklares og dokumenteres.
  - Etablere samarbeidskontrakt med Røde Kors og Frivilligsentralen. Organisasjonenes ordinære tilbud benyttes også til denne målgruppa. I tillegg skal det tilretteslegges for at frivillige deltar i målrettet rehabiliteringsarbeid.

## Arbeidsmetoder

### Hjemmerehabiliteringsteamet

Teamet besto ved oppstart i september 2012 frem til juni 2013 av 50 % ergoterapeut, sykepleier og fysioterapeut. Ergoterapeut har fungert som teamleder.

I januar 2013 vedtok styringsgruppa at prosjektet skulle fortsette ut 2013 grunnet at temaet over perioder gikk med redusert bemanning, og man ønsket et bredere erfaringsgrunnlag. Fra juni 2013 ble stilling for ergoterapeut 100 % og sykepleier utvidet til 75 %, mens fysioterapiressursen forble uforandret med 50 %. Distriktsleder i Vang har hatt personalansvaret for sykepleieren, leder for ergoterapi har hatt ansvaret for ergoterapeuten og leder for fysioterapi for fysioterapeuten.

Man har erfart at et team med tre ansatte er sårbart. Fysioterapiressursene har i perioder vært mindre enn 50 %. Teamet har hatt kontor på Finsalsentret i nærheten av ergoterapeut- og fysioterapitjenesten og dagsenter. Plasseringen har vært hensiktsmessig.

### Henvisning av brukere og saksbehandling

Teamet har fått henvist sine brukere fra kommunens rehabiliteringsteam. Dette teamet vurderer alle søknader om rehabiliteringstjenester og beslutter hvem som får hvilke type tjeneste og hvem som får avslag. Rehabiliteringsteamet er et overordnet, tverrfaglig team for Hamar kommune og består av rehabiliteringskoordinator, ergoterapeut og fysioterapeut.

Det har vært gjennomført faste møter med rehabiliteringskoordinator annenhver uke og oftere ved behov for gjennomgang av nye søkere.



## Brukernes mål for rehabiliteringen

Det er gjennomført kartleggingssamtale ved oppstart for alle brukerne for å avklare brukers mål og ressurser. I dette arbeidet ble kartleggingsverktøyet Canadian Occupation Performance Measure (COPM) benyttet. COPM er et vurderingsinstrument for å fremme klientsentrert praksis. Hensikten er å identifisere brukers problemer med utførelse av aktiviteter innenfor områdene personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Bruker skal etter hvert beskrive en skår på betydningen av disse aktivitetene og prioritere hvilke aktiviteter/mål han ønsker å jobbe med. Bruker kan også gi en skår fra 1-10 på de prioriterte aktivitetene i forhold til utførelse og tilfredshet, ved oppstart og avsluttet rehabilitering. Brukers mål har blitt konkretisert i en tiltaksplan for hvordan rehabiliteringstiltakene skulle gjennomføres. Målene har blitt evaluert ved avsluttet rehabilitering. Kartleggingsverktøyet som mal har blitt benyttet til 25 av totalt 32 brukere. Skåringsdel mot utførelse og tilfredshet har kun fire brukere brukt. Dette skyldes både manglende kapasitet i teamet og at det for noen brukere var vanskelig å gjennomføre en slik egenvurdering. Verktøyet er ikke egnet for brukere med blant annet kognitiv svikt. Det er forløpig kun ergoterapeut som har kurs i bruk av verktøyet. Det er behov for opplæring/kurs for at alle i teamet skal verktøyet benyttes fullt ut. Det er et mål å få gjennomført dette i 2014.

Brukernes personlige mål har vært førende for rehabiliteringsarbeidet. Vår erfaring er at brukerne får et større eierforhold til målene når utgangspunktet er hjemmet. De er på sin egen arena kontra vår. At alle tiltak har vært rettet inn mot brukers mål har gjort det tverrfaglige samarbeidet lettere.

## Tiltak

Tiltakene har blitt tilpasset den enkelte brukers ressurser og behov jamfør målsetting. Teamet har ivaretatt følgende oppgaver:

- Samtaler og motivering. Ofte i forbindelse med utførelse av en aktivitet blant annet gåturer ute. Dette har vært spesielt viktig hos brukerne med psykiske problemer.
- Kontrakturprofylakse, opplæring/veiledning i forhold til måling av blodsukker, sette insulin, behandling av trykksår. Det er blitt gitt veiledning om kosthold og mosjon samt veiledning/oppfølging rettet mot medisiner, oppfølging av stemme/pusteøvelser fra logoped og veiledning i bruk av minipep.
- Veiledet trening i forhold til styrke, balanse, utholdenhet. Utarbeidet egentreningsprogram samt veiledet og laget avkrysningskjema for å dokumentere at programmet gjennomføres. Spesifikk arm/håndtrening
- Observasjon og veiledning i forhold til daglige gjøremål blant annet morgenstell, tilberedning av mat, husarbeid. Vurdert behov for spesifikk trening, endring av teknikker, utprøving av hjelpemidler. Ved behov har to i teamet deltatt samtidig for å få en mest mulig tverrfaglig vurdering, men også sammen med hjemmesykepleie.

- Utlån, utprøving og søknad på tekniske hjelpemidler. Det har vært viktig å følge bruker tett og kunne prøve ut ulike hjelpemidler over tid. Hjelpemidler har kommet raskt på plass.
- Gåtrening inne, i trapp og ute i nærområdet.
- Deltakelse: Fulgt brukere til blant annet butikk, kjøpesenter, bank, lege, tannlege, bowling. Gjennom aktiviteten er brukers ressurser og begrensninger blitt kartlagt, dette har betydning for å gjennomføre aktiviteten senere.
- Koordinering av tjenester: Henvist brukere til blant annet spesialisttjenesten eller andre kommunale tjenester. Jobbet aktivt med å få på plass oppfølging etter avsluttet hjemmehabilitering. Dette vurderer vi som en av de viktigste oppgavene slik at bruker skal kunne opprettholde eller bedre sitt funksjonsnivå etter avsluttet hjemmehabilitering. Noen tiltak, rettet mot blant annet gåtrening, er forsøkt videreført av hjemmesykepleien. Dette har av kapasitetsmessige hensyn vært vanskelig for hjemmesykepleien å gjennomføre.

### **Samarbeid med bruker/pårørende og andre tjenesteytere**

Det er gjennomført oppstartsmøte, evalueringsmøte og et oppfølgingsmøte 6 - 8 uker etter avsluttet rehabilitering for alle brukere. Tilstede på møtene har det i tillegg til bruker vært pårørende, representanter fra hjemmehabiliteringsteamet, hjemmesykepleien og andre relevante samarbeidspartnere. Møterefater er journalført i Geric og er dermed tilgjengelige for kommunalt ansatte. Brukere og aktuelle samarbeidspartnere har fått referatet skriftlig. På oppstartsmøtene har vi blitt enig om ansvarsfordelingen mellom bruker, pårørende, hjemmesykepleien, hjemmehabiliteringsteamet og eventuelt andre samarbeidspartnere. Fastlegene har blitt kontaktet ved behov. Alle referat fra evalueringsmøter har blitt sendt til fastlegene. For de fleste brukere har det vært et nært samarbeid med fastlegen i form av telefonkontakt og direkte kontakt ved at én fra teamet har fulgt bruker til legen. Teamet har også kontaktet fastlegen for henvisning til fysioterapi og logoped.

Samarbeidet med hjemmesykepleien har vært tett rundt den enkelte bruker, og det har også vært gjennomført samarbeidsmøter mellom teamet og hverdagsmestringsarbeidslagene.

Teamet har hatt samarbeid med Sykehuset Innlandet avd. Ottestad og Østlandske Ortopedisenter vedrørende protesetilpasning/opptrening, tilpasning av skinner og ortoser og botoxbehandling. Det har vært tett samarbeid/veiledning fra fysioterapeutene på Åker og kommunefysioterapeutene. Mange av våre brukere har blitt henvist videre til individuelt eller gruppetilbud på Åker og Finsal. For én bruker har vi gjennomført gåtrening ute på Finsal samme dag som hun har hatt trening på Åker. Dette har vært tidsbesparende både for oss og bruker. Fordi vi har kontor på samme sted har vi hatt mye uformell kontakt med våre tidligere brukere og vi har fått fulgt opp hvordan det har gått etter avsluttet hjemmehabilitering.

Teamet har hatt kontakt med psykisk helseteam og demenskoordinator om råd og veiledning rettet mot brukere med psykiske problemer og kognitiv svikt.

## Resultater og evaluering

Prosjektet varighet ble 14 måneder. I denne perioden fikk totalt 32 brukere vedtak om hjemmerehabilitering. Teamet har til enhver tid hatt rundt seks brukere.

Tallmateriale fra Gerica har vært hovedgrunlaget for dataene til evalueringen. Det er blitt hentet inn data om søknadsprosessen, hvem brukerne av hjemmerehabilitering er og brukernes mål, deres bistandsbehov samt tilbud og kontakter etter vedtaksperioden.

### Fordeling av rehabiliteringssøkere innenfor døgn-, dag- og hjemmerehabilitering samt omfang av avslag

**Tabell 1: Fordeling av rehabiliteringssøkere i Hamar over de siste 3 årene**

Tjeneste status rapport gjennom hele året	2011	2012	2013
Rehabilitering døgn	116	130	103
Rehabilitering dag	49	43	39
Rehabilitering hjemme	0	15	29
Totalt	165	188	171

**Tabell 2: Fordeling av rehabiliteringssøkere som har fått avslag de siste 3 årene**

Avslag	2011	2012	2013
Rehabilitering døgn	17	8	4
Rehabilitering dag	4	1	0
Rehabilitering hjemme	0 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	0
Totalt	21	10	4

Tallene bekrefter det vi ser av erfaringer fra kommuner som har startet med hjemmerehabiliteringsteam. Tallene viser at hjemmerehabilitering er et reelt alternativ til døgnrehabilitering.

Det totale antallet rehabiliteringssøkere er relativt stabilt disse tre årene. Det forventes et økt behov for rehabiliteringstjenester som følge av Samhandlingsreformen, ikke minst i forhold til yngre brukere som kommer direkte fra for eksempel Sunnaas. Kommunal døgnrehabilitering er lite egnet for denne målgruppa.

Statistisk sentralbyrås statistikk om pleie- og omsorgstjenesten 2012 for hele landet viser at tallene for rehabilitering utenfor institusjon har vært relativt stabile siden 2010, mens personer med rehabiliteringsopphold økte i 2012. Denne økningen har skjedd hvert år i perioden 2007-2012 (9). Disse nasjonale tallene samsvarer med statistikken for Hamar. Vi ser imidlertid en nedgang for antallet søkere til rehabilitering døgn i 2013 – det året hvor hjemmerehabiliteringsteamet har vært i drift.

Det er 44 brukere (tabell 3) som har søkt om rehabilitering og 32 har fått vedtak om hjemmerehabilitering. Det er kun gitt ett avslag om tjenester. De andre søkerne har blitt vurdert og fått tilbud om blant annet dagrehabilitering, fysioterapi hjemme eller det viste seg at de ikke ønsket tilbud. Som det kommer fra av tabell 2 så har antall avslag hatt en markert nedgang.

---

<sup>1</sup> Hadde ikke hjemmerehabilitering i 2011

<sup>2</sup> Fra 01.09.12

**Tabell 3 Søkere som har blitt behandlet i forhold til hjemmerehabilitering**

	<b>Antall</b>	
Antall brukere som har fått vedtak på hjemmerehabilitering	32	
Antall søkt til hjemmerehabilitering	44	
Fordeling av vedtak mellom distriktene		
Vang	13	
Vest	10	
Sentrum	9	
Hvor søknadene kom fra	Fått vedtak	Andre tilbud
Rehabilitering døgn	13	1
Hjemmesykepleie	7	
Rehabiliteringsavd. Sykehuset Innlandet HF	4	
Leger	3	6
Bruker/pårørende	4	3
Andre	2	1
Totalt	33	11

De fleste av søkerne til hjemmerehabilitering kom fra døgnrehabilitering. Uten et tverrfaglig rehabiliteringstilbud i hjemmet ville alternativet vært et lengre opphold på døgnrehabilitering for disse brukerne. Seks personer har fått vedtak om hjemmerehabilitering i stedet for rehabilitering døgn.

Tabell 3 viser at 33 brukere har fått vedtak og 11 har fått andre tilbud. Årsak til 33 her er at én bruker har søkt og fått vedtak to ganger på grunn av reinnleggelse. Det har kommet ni søknader fra fastlegene, fire av disse brukerne ønsket ikke tilbudet og to fikk andre tilbud. Sju søknader kom fra bruker/pårørende. Én av disse fikk avslag, men fikk seinere tilbud. To fikk andre tilbud.

13 av søknadene kom Rehabilitering døgn. I følge hjemmerehabiliteringsteamet fikk disse brukerne redusert døgnopphold med 1 - 3 uker på grunn av overføring til hjemmerehabilitering.

## Alder og kjønn

26 kvinner og 6 var menn fikk vedtak om hjemmerehabilitering i denne perioden. 24 var enslige og 8 bodde med samboer eller var gift. Som det fremgår av tabellen under så var de fleste brukerne mellom 70 og 90 år.

**Tabell 4: Brukernes alder**

<b>Alder</b>	<b>Antall</b>
Under 50	1
50 - 69	3
70 - 79	10
80 - 89	13
90 +	5
<b>Totalt</b>	<b>32</b>

Tabellen viser at de fleste brukerne har vært mellom 70 og 90 år. Dette er ingen bevisst prioritering, det er denne gruppen som har utgjort søkermassen.

## Diagnoser, antall vedtak og omfang av hjemmerehabilitering

**Tabell 5: Hoveddiagnoser og vedtak i uker**

<b>Diagnoser</b>	<b>Under 6 uker</b>	<b>6 - 8 uker</b>	<b>9 - 12 uker</b>	<b>Over 12 uker</b>	<b>Totalt</b>
Hjerte/lunge (Kols, diabetes, hjertesvikt)	1	1	0	1	<b>3</b>
Ortopedi (Brudd, amputasjon, artose)	2	9	1	1	<b>13</b>
Nevrologi (slag, parkinson, annet)	1	5	2	2	<b>10</b>
Muskel/skjelett sykdommer	1	1	0	1	<b>3</b>
Psykiske problemer/rus	0	0	0	5	<b>5</b>
Kognitiv svikt/demens	2	0	0	1	<b>3</b>
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>37</b>

Alle brukerne har fått skriftlig vedtak på hjemmerehabilitering fra 6 - 8 uker. For noen brukere (ca 1/3) har det vært behov for utvidelse. Tabell 5 viser at det har vært flest brukere med brudd eller amputasjoner. Den nest største gruppa er brukere med slag eller andre nevrologiske lidelser. Alle som har søkt om hjemmerehabilitering har hatt en fysisk sykdom som primærårsak. Det har vist seg at psykiske eller kognitive problemer har vært brukernes største utfordring. I oversikten står noen brukere i to ulike kategorier for eksempel brudd og kognitiv svikt. Hensikten med det er å vise at det er gitt tilbud til brukere med psykiske problemer, rus og kognitiv svikt.

Brukere med store psykiske problemer er den gruppa som har hatt lengst vedtaksperiode. Brukere med demensdiagnoser har korte vedtak grunnet at de har blitt overført til andre tjenester. De kunne i liten grad nyttiggjøre seg tilbudet. For denne brukergruppen vil det bli individuelle vurderinger.

#### **Antall vedtakstimer per hjemmerehabiliteringsvedtak**

Det har ikke blitt tildelt vedtakstimer. Ved oppstartsmøter er det blitt avklart hvor ofte bruker vil få besøk fra hjemmerehabiliteringsteamet. De fleste brukerne har fått 3 - 4 besøk i hjemmet hver uke i vedtaksperioden. Dette er i tråd med rutinene for vedtaksfatting i rehabiliteringstjenestene for Hamar kommune.

#### **Antall vedtak på kun hjemmerehabilitering**

Tre av brukerne har kun hatt hjemmerehabilitering og ikke mottatt daglig hjemmesykepleie.

#### **Mottar søkerne andre pleie- og omsorgstjeneste? (inkludert andre rehabiliteringstjenester)**

Før oppstart hadde 29 personer daglig hjemmesykepleie, enten fra før eller ved oppstart av hjemmerehabilitering. De resterende tre brukerne fikk hjemmesykepleie etter hvert. Behov for hjemmesykepleie ble utløst av tilstanden som medførte behov for rehabilitering.

#### **Brukernes mål for rehabiliteringen**

Brukernes mål ble inndelt i fire hovedgrupper. Disse er personlig daglige aktiviteter, produktivitet, fritid og medisinske mål. Målene falt utenfor skåring i COPM kartleggingen. Se tabeller på neste side.

**Tabell 6a: Personlig daglige aktiviteter**

<b>Aktiviteter</b>	<b>Prioriterte mål/oppnåelse</b>	<b>Eksempler</b>
Personlig stell	7/9 nådd	Stelle seg selv, dusje selv
Mobilitet (forflytning inne)	23/27 nådd	Komme inn/ut av seng Gå i trapp
Forflytning ute	17/21 nådd	Gå turer ute alene Hente posten selv
Fungere i samfunnet (Transport, innkjøp, økonomi, frisør mm)	9/15 nådd	Kjøre bil igjen Komme seg til frisøren, lege Gå på butikken

**Tabell 6b: Produktivitet**

<b>Aktiviteter</b>	<b>Prioriterte mål/oppnåelse</b>	<b>Eksempler</b>
Lønnet/ulønnet arbeid	1/1 nådd	Komme tilbake i jobb
Husarbeide, lage mat	7/10 nådd	Lage middag selv
Rengjøring, klesvask	2/3 nådd	Holde orden i leiligheten Vaske klær selv
Lek/skole/utdanning	Ingen mål her	

**Tabell 6c: Fritid**

<b>Aktiviteter</b>	<b>Prioriterte mål/oppnåelse</b>	
Rolige fritidsaktiviteter	5/5 nådd	Selge antikviteter, sy korssting, strikke, jobbe i snekkerboden
Fysisk krevende fritidsaktiviteter	1/1 nådd	Spille bowling igjen
Sosiale aktiviteter	1/4 * nådd	Gå til naboen, komme seg til Finsal og spise middag

\* Noen brukere hadde mål om deltakelse i sosiale aktiviteter som det var vanskelig å nå. Dette kunne være gå på besøk til naboen, komme seg til Finsal og spise middag, bli mer aktive i Velferden. Gjennom rehabiliteringsprosessen fikk de informasjon og tilbud om nye aktiviteter. Hjemmerehabiliteringsteamet har etter hvert fått oversikt over mange av de tilbud som finnes i Hamar og har derfor hatt et godt utgangspunkt til å foreslå eller motivere brukerne til å komme i gang med nye aktiviteter individuelt eller i grupper.



**Tabell 6d: Adekvate medisinske mål som falt utenfor scoring i COPM-kartleggingen**

Medisinske mål	Prioriterte mål/ oppnåelse
Måle blodsukker/ sette insuling selv	1/ 2 nådd
Bedre balanse	2/2 nådd
Bedre funksjon i arm/hånd	3/3 nådd
Få en normal døgnrytme	1/ 2 nådd
Få bedre hukommelse	1/1 nådd
Behandling på nakken	Fått det
Hjelp til utredning av redusert hukommelse	1/1 nådd
Holde seg rusfri	1/1 nådd
Forebygge utvikling av nye lungebetennelser	0/1 nådd
Forebygge utvikling av kontrakturer	1/1 nådd
Forebygge utvikling av trykksår	Gjennomført

Hovedfokus var å bistå bruker i å definere sitt personlige mål. Dette kan være en tidkrevende prosess da vi som helsearbeidere er vant til å sette i gang med tiltak ut fra vår erfaring og ståsted uten å sjekke ut hva som er brukers ønsker og behov.

Vår erfaring gjennom prosjektet var at bruker fikk nye mål i løpet av rehabiliteringsprosessen. Tydeligheten på å fremskaffe brukers mål ga forpliktelser for oppfølging av tjenesteapparatet. Alle sakene har krevd stor fleksibilitet og mange ulike tiltak for å bistå bruker med å nå sine mål. Vi har lagt stor vekt på brukermedvirkning og bruker har fått egne ansvarsoppgaver.

### **Bistandsbehov (IPLOS) ved start og slutt på tjenester**

Det er gjennomført ADL-IPLOS registrering av alle brukere ved oppstart og ved avsluttet rehabilitering som en del av evaluering av brukerens mål. Brukernes hjelpebehov for hjemmesykepleie er beskrevet ved oppstart og avsluttet rehabilitering. 20 av de 32 brukerne har fått bedret funksjon og har beskrevet tilfredshet med tilbudet. Én bruker valgte å avslutte tilbudet etter to uker da hun ikke var motivert for endring. To brukere med demenssykdommer ble avsluttet etter to uker da det var mer hensiktsmessig med andre tjenestetilbud. Alle brukerne har helt eller delvis nådd sine mål. ADL-IPLOS viser en tendens til økt selvstendighet og mindre hjelpebehov.

En del endringer vises ikke på IPLOS. Årsaken til dette er eksempelvis brukere med slag, parkinson eller andre sykdommer som av hensyn til naturlig sykdomsutvikling har hatt et

fall i sitt funksjonsnivå. Seks av disse brukerne har nå fått tilbud om hjemmerehabilitering i stedet for døgnopphold.

**Tabell 7: Sammenligning av ADL-IPLOS skår ved start og avsluttet hjemmerehabilitering**

ADL - IPLOS	Antall brukere
Bedret	20
Uendret	7
Dårligere	1
Ikke avsluttet	4

### Behov for hjemmesykepleie etter avsluttet hjemmerehabilitering

**Tabell 8: Hjemmesykepleie etter avsluttet hjemmerehabilitering**

	Antall
Brukere uten hjemmesykepleie ved oppstart	3
Brukere med redusert tidsbruk, samme antall besøk	3
Brukere som har redusert behov for hjemmesykepleie	12
Brukere hvor hjemmesykepleiebehov er uendret	8
Brukere hvor hjemmesykepleiebehov har økt	3
Ikke avsluttet	3

Det er en overvekt av brukere med redusert behov for hjemmesykepleie ved avsluttet hjemmerehabilitering. Der hvor behovet for hjemmesykepleie er uendret, er dette hos brukere med stort etablert hjelpebehov som har søkt om rehabilitering på grunn av fall i sitt funksjonsnivå. For to brukere ble det avdekket økt behov for hjemmesykepleie på grunn av foreslåtte tiltak fra hjemmerehabiliteringsteamet.

Som eksempel på effekten nevnes at en bruker etter vedtak om hjemmerehabilitering trakk søknaden om plass på sykehjem. En annen bruker med stort pleiebehov etter slag har fått bedret funksjon etter hjemmerehabilitering og god innsats av hjemmesykepleien og privat fysioterapeut etter avsluttet hjemmerehabilitering. I stedet for tre uker på rehabilitering døgn har bruker hatt ett ukes kortidsopphold for avlastning for ektefelle.

Noen brukere hadde lavt vedtak på hjemmesykepleie i utgangspunktet, for eksempel hjelp til dusj én gang per uke eller hjelp til dosering av medisiner. Dette behovet er der fortsatt selv om fysisk funksjon er bedret. Der hvor hjelpebehovet er økt skyldes det at bruker har fått en forverring i sitt sykdomsbilde og eller det er avdekket behov for økt hjemmesykepleie gjennom vedtaksperioden.

### Søkt eller etablert tilbud fra privat fysioterapeut etter endt hjemmerehabilitering

11 brukere har fått bistand til å skaffe henvisning til å fortsette med fysioterapi på institutt, hjemme eller hos kommunalt fysioterapeut med privat praksis. To har også blitt fulgt opp av fysioterapeut på Frisklivssentralen. Mange brukere har behov for fysioterapi selv om behov for tverrfaglig oppfølging er avsluttet.

### Etablert kontakt med frivillige organisasjoner og andre samarbeidspartnere etter endt hjemmerehabilitering

**Tabell 9: Henvisning til andre tjenester/tilbud**

Henvist til	Antall
Spastisitetsklinikken på Ottestad	2
Logoped m/spesialist på svelgproblem	1
Spesialist på krystallsyke, Åker	1
Korttidsplass	1
Dagrehabilitering	2
Dagplass	3
Frisklivssentralen, gruppetilbud	2
Frivillighetssentralen	4
Grupper, tilbud ved Helsestasjon for eldre	2
Psykisk helseteam	2
Privat fysioterapi (hjemme, Finsal, Åker)	11
Bistått ved innleggelse sykehus	1

Hovedvekten av brukerne får privat fysioterapi etter avsluttet hjemmerehabilitering.

Med frivillige organisasjoner menes her Røde Kors eller Frivilligsentralen. Vi har forsøkt å etablere kontakt med Røde Kors for besøksvenn. Det var ikke ledig kapasitet på dette tidspunktet og det ble ikke noe mer samarbeid. Vi har ikke mye erfaring, men det kan se ut til at det er lettere å etablere kontakt i forhold til praktisk bistand. Det å følge opp en bruker i forhold til blant annet gåtrenoing vil kreve mer kompetanse og involvering i brukers helsetilstand. Her er det noen etiske grenser som kan være vanskelig.

Det er blitt etablert kontakt med frivillighetssentralen. I starten av prosjektet fikk teamet kontakt med to personer fra Frivillighetssentralen som skulle knyttes mot prosjektet. Vi har hatt kontakt med begge to, og tre av våre brukere har etablert fast kontakt med to frivillige om hjelp til handling og følge til lege, tannlege etc. Vi forsøkte å etablere kontakt om oppfølging av gåtrenoing hos én av våre brukere. Vi gjennomførte felles møte og besøk hos bruker i forkant, men av ulike årsaker fungerte ikke dette samarbeidet.

## Oppsummering og diskusjon

Modellen har bestått av et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Totalt 32 brukerne fikk vedtak om hjemmerehabilitering i tidsperioden fra september 2012 til november 2013. De fleste brukerne var mellom 70 og 90 år. Brudd, amputasjoner og slag var de vanligste diagnosene. De fleste brukerne fikk 3 - 4 besøk i uka over en tidsperiode på 6 - 8 uker. Brukernes satte sine egne mål, og disse har i stor grad blitt nådd. Når en sammenligner ADL-IPLoS skår ved start og avslutning av hjemmerehabiliteringen så har 20 av de 32 brukerne fått en bedret skår. Flere brukere har et redusert behov for hjemmesykepleie ved avsluttet hjemmerehabilitering.

### Målgruppe

At de fleste brukerne var mellom 70 og 90 år kan ha sammenheng med at det er denne gruppa man generelt tenker på i forhold til kommunal rehabilitering. I videre arbeid vil informasjon til spesialisthelsetjenesten få økt fokus. Den yngste i prosjektet var 37 år. Kun én har vært i jobb. Hjemmerehabilitering er godt egnet tilbud for yngre brukere da de ikke ønsker et kommunalt døgntilbud grunnet alderssammensetningen på rehabiliteringsavdelingen. De yngre har som oftest ressurser i seg selv eller i omgivelsene som gjør at de profitterer på et tilbud i hjemmet i en så tidlig fase som mulig. Vi har i tidligere år mottatt yngre brukere hvor de og deres pårørende ville klart profittert på at vi hadde hatt dette tilbudet på plass da.

### **Brukermedvirkning**

Å la brukerne definere egne mål har vært tidkrevende, men uten tvil et suksesskriterium. Brukermedvirkning er en uttrykt verdi i helse- og omsorgstjenesten og kommer tydeligere til uttrykk nå enn før. En viktig del av teamets oppgave har vært å etablere eller reetablere kontakt med brukers personlige nettverk. Dette er nødvendig for at bruker har alternativer til offentlig bistand og forebygger tilbakefall. En viktig del av dette arbeidet har vært å følge brukere til deres første møte til eksempelvis en trimgruppe. Erfaring viser at det for de fleste ikke er tilstrekkelig motivasjon kun å få utdelt en brosjyre.

### **Økt rehabiliteringstilbud**

Vi har erfart at hjemmerehabilitering er et reelt alternativ til døgnrehabilitering for mange. Hjemmerehabilitering gir et optimalt rehabiliteringsforløp og representerer ett nytt tilbud i Hamar kommune. Tilbudet har gitt tilbud til flere brukere på spesialisert og tverrfaglig rehabilitering og kommunen har således både fått betydelig økt rehabiliteringskapasitet og et mer nyansert tjenestetilbud med bedre muligheter for å gi et tilbud tilpasset brukernes behov. Brukere får både en lengre periode med rehabilitering og oppnår bedre funksjon og livskvalitet. Det er grunn til å anta at dette vil bidra til større grad av selvstendighet over tid og dermed redusere presset på pleie- og omsorgstjenester. Det er vanskelig å fastslå det økonomiske aspektet, men det gir uten tvil økt velferd for den det gjelder. Dette samsvarer også med LEON-prinsippet.

Det er ikke mulig å tallfeste i hvilken grad hjemmerehabilitering har ført til reduksjon av behov for pleie- og omsorgstjenester. Data fra andre kommuner (3) som har innført hjemmerehabilitering har dokumentert reduksjon av behov for pleie- og omsorgstjenester. For brukere med mer omfattende omsorgsbehov kan en tverrfaglig innsats gjøre at en utsetter institusjonsinnleggelse og letter arbeidssituasjonen for pleiepersonalet.

### **Samhandling**

Rehabilitering er et viktig tilbud til utskrivingsklare pasienter fra sykehus og er i tråd med nasjonal satsing på forebygging. Vi erfarer en stadig raskere utskrivingsfrekvens fra spesialisthelsetjenesten. Dette gir kommunen er godt utgangspunkt for å ivareta økt etterspørsel som følge av Samhandlingsreformen. Det er behov for å intensivere informasjonsarbeidet om tilbudet til fastleger og spesialisthelsetjenesten. Hamar kommune har tatt i bruk videokonferanse som samhandlingsmetode i 2013 og dette er et godt verktøy i denne sammenheng.

Det er grunnlag for å videreutvikle samarbeidet med frivillige sektor. For å lykkes med dette må man skape trygge relasjoner og definere hva som er tjenesteapparatets ansvar og hva som kan ivaretas av frivillige. Dette er et arbeid som krever ressurser det ikke har vært rom for i dette prosjektet. Det er behov for å utvikle en samhandlingsavtale med frivillig sektor som definerer ansvar og oppgavefordeling.

## **Ressursbehov**

For å ha anledning til å fortsette driften av hjemmerehabiliteringsteam må Hamar kommune tilføre friske midler eller redusere annen tjeneste. I prosjektperioden har fire plasser ved rehabiliteringsavdelingen vært benyttet til langtidsbrukere. Dette er en brukergruppe med større omsorgsbehov og dermed ikke redusert arbeidsomfanget for avdelingens personell. Dette kan av hensyn til personalressursene på rehabilitering døgn ikke fortsette.

Ett av prosjektets mål har vært å synliggjøre muligheten for økt rehabiliteringskapasitet ved å omfordele ressurser. Slik har gjennomføring av hjemmerehabiliteringsprosjektet vært mulig. Modellen i Hamar er etablert etter mal fra Bærum kommune – det tilsvarer tre hele stillinger for Hamar kommune. Pleie og omsorg har funnet budsjettdekning for sykepleier og ergoterapeut i 2014. Det har ikke vært mulig for Levekår og helse å prioritere hel stilling for fysioterapeut. Dette innebærer at det ikke er mulig å ta i bruk kapasitetsøkningen til 12 komplette rehabiliteringsplasser fra 01.01.14. Vi ser likevel at det er nødvendig å skjerme rehabiliteringsavdelingen fra til dels å være pleieavdeling for langtidsbrukere da dette tar mye tid bort fra aktiv trening for brukere som har behov for rehabilitering. Hamar kommune har dermed fått ett års utsettelse på enten å finne mulighet for videre drift av hjemmerehabiliteringsteamet eller at tilbudet nedlegges fra 2015.

## **Konklusjon**

Hjemmet som arena for rehabilitering er en suksess. Vi erfarte at hjemmet gir brukerne større eierskap til tiltakene fordi det er enklere for bruker å definere mål og ressurser på egen arena. Tjenestene blir dermed nødvendigvis mer tilpasset den enkelte. Det er dessuten lettere å involvere nettverket rundt brukeren i rehabiliteringsprosessen.

Det er anbefalt at en kommune på størrelse med Hamar har tre hele stillinger i teamet. Dette vil øke kapasiteten i arbeidet med at flere kan reise direkte hjem fra innleggelse i spesialisthelsetjenesten og/eller korte ned opphold i kommunal institusjon. Dette er riktig samfunnsøkonomi, ivaretar intensjonen i Samhandlingsreformen og bidrar ikke minst til opptrening eget miljø. Sistnevnte er antagelig den største gevinsten da man har erfaring fra at lange institusjonsopphold kompliserer det å etablere seg i den private sfære hvor familie og venner er en viktig ressurs for opplevelse av livskvalitet.

Godt forarbeid før oppstart og målrettet arbeid fra teamet har ført til meget god måloppnåelse. Pleie og omsorgsavdelingen har budsjetttramme til å opprettholde drift av teamet ut 2014.

## Referanser

1. Hamar kommune: *Plan for helhetlige og koordinerte tjenester*, 2008
2. Hamar kommune: *Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030*
3. Bærum kommune: *Prosjekt HjemRehabilitering - Investert tid gir resultater*. 2003
4. Rambøll: *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Oppdrag fra Helsedirektoratet, Rapport, IS-0365. 2012
5. Meld.St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001
7. Hamar kommune: *Rehabilitering i Hamar kommune - det handler om verdighet*. Informasjonsbrosjyre
8. St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet
9. Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren M., og Gabrielsen, B.: *Pleie- og omsorgstjenesten 2012 Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*, Statistisk sentralbyrå

Vedlegg: Arbeidsplan – Hjemmerehabilitering. Budor august 2012.

## Arbeidsplan – Hjemmerehabilitering. Budor, august 2012

Arbeidsplanen ble utarbeidet på et arbeidsseminar på Budor 29.- 30.08.12. Planen har dannet grunnlaget for teamets arbeid.

Tilstede på Budor var Gun Frogner, Christine Helseth, Nina Røhnebæk Haugom, Ingerid von Krogh, Hilde Lium, Borghild Hagen, Bente Kjøs og Anne Brendjord.

### Overordnet ansvarsfordeling:

Administrativt nivå:

Forankring til arbeid med Helse og omsorgsplanen og arbeidsgruppa som arbeider med Samhandlingsreformen. Helhetlig fokus på rehabiliteringstjenestene i kommunen.

- Begrense prosjektet. Hvem er samarbeidsparter og hvem er direkte involvert i prosjektet. Utgangspunktet er somatikk, men psykisk helseteam, demenskoordinator mv kan være aktuelle samarbeidspartnere.
- Informasjon/samhandling med beslutningstakere
- Informasjon/samhandling med HBO
- Overordnet samarbeid med eksterne aktører
- Evalueringstidspunkt/kriterier/spørsmålsstillinger. Første møte 10.10.12

Tjenestenivå:

- Prosedyrer/rutiner som regulerer IP/tiltak – **før**, under og **etter** et rehabiliteringsvedtak.
- Ny transportordning. Nettbuss kontaktes direkte ved bestilling, men Ingerid gir klarsignal for når ordningen kan benyttes.
- Dokumentasjon
- Samkjøre inntaksmøtestrukturen (rehab.teamet)
- Samhandling HBO (innsatsteamet)

### Hensikt og kriterier for evaluering (effektmål)

*Hensikten med utviklingsarbeidet er å danne grunnlag for å vise at modellen virker forebyggende på bruk av døgnplasser og etablere en grunnholdning om at rehabilitering er en naturlig aktivitet i hjemmet.*

*Tiltaket er rettet mot eksisterende brukergruppe, men med fokus på hjemmet som arena for rehabiliteringsarbeidet.*



Sekundært: Danne grunnlag for å få tildelt midler for Samhandlingsreformen.

Hovedmål:

Hjemmerehab. vil erstatte døgnplasser – fullgodt rehabiliteringsforløp med lavere kostnadsnivå.

Frigjøre kapasitet på døgnrehab.

Delmål:

Bedre koordinering

Bedre utnyttelse

**Skisse over forløp:**

Sykehus

Rehab.inst.

Døgnrehabplass

Korttidsplass

Avlastning



Hjemmerehab.



Bruker:

Bor hjemme, eget miljø

Større trygghet

Mestring av hverdagen

Bistandsbehov vurderes

før og etter: Bedre

funksjonsnivå - IPLOS

Sosiale arenaer

Bedre treningstilbud

Teamet: Koordinering av

tjenestetilbud

Dynamisk arbeidsmiljø

Faglig utfordrende

Kommunen: Mindre kostnader

LEON

Frigjøre kapasitet på

døgnrehab.

Økt kapasitet, nytt

tilbud, 3 nye stillinger

**Informasjon – samhandlingsplan:**

- Teamet og andre kommunale enheter
- Teamet og arbeidsgruppa
- Informasjon og samarbeid resten av tjenesteapparatet (overordnet om prosjektet)
  - Samarbeid og oppfølging av andre soneledere (informasjonsmøter)
  - Samarbeid ergo/fysio
  - Samarbeid med psykisk helseteam – etablere felles kasus

- Vigdis ledergruppe
- Rehab.feltet
- Avdeling 4
- Avdeling B
- Media – fokus på mestring og medbestemmelse (sette vilkår for hjelpen)
- Brukere og pårørende ivaretas ift enkelt opplegg

### **Definere hva ligger i begrepet rehabilitering.**

- I denne sammenhengen og i videre forstand.
- Fredriciamodellen/hjemmerehabilitering (innsatsteam – avklare hva som er hva)
- Holdningsendring ift hjemmerehabilitering – pårørende, bruker, ansatte, politikere.

### **Kriterier for samarbeid mellom dag, hjemme og døgnrehabilitering**

- Søknadsprosedyrer og kriterier for inntak (dag, døgn, hjemme)
  1. Inntak:
    - a. Rehabiliteringsteamet fatter og skriver vedtak på alle rehabiliteringssøkere, inkl de 4 korttidsplassene rehab.avd i perioden.
    - b. Søknader skal være oppdaterte og inneholde målsetning/forventet resultat. (ikke vise til *tidligere* søknad )
    - c. Sørge for koordinering mot andre inntaksmøter
    - d. Rehab.koordinator sørger for samarbeid med innsatsteamet før inntak.
    - e. Vurderingen er diagnoseuavhengig, men på funksjonsnivå.
    - f. Søknader vurderes opp mot andre tjenester og har klart definerte mål for inntaket.
    - g. Vurderingsbesøk anbefales for oppstart av IP arbeidet/avklaring av bruker ressurser og behov. Teamet utvides med Hilde og i dialog med Marianne.
  2. Prioritet til døgn: Hjemmet er ikke egnet arena, behov for bistand på døgnbasis, intensiv funksjonstrening som er uhensiktsmessig i hjemmet. (bryte uheldige rutiner i hjemmet, møte et aktivt og stimulerende miljø/treffe andre i samme situasjon)
  3. Prioritet hjemmerehabilitering: Kjente omgivelser/automatiserte rutiner, god overføringsverdi. (Ved fare for institusjonalisering. Vi møter bruker på hjemmearenaen hvor de er ”sjefen”)
  4. Prioritet til dagrehabilitering: Møte et aktivt og stimulerende miljø. Kan bo hjemme, men hjemmet er uegnet for trening/aktivisering.

### **Kriterier/suksessfaktorer for samarbeid med hjemmebaserte tjenester:**

- Finne gode hjemmerehabiliteringskasus
- Etablere kontakt med primærkontakt fra oppstart og drøfte oppgavene til de ulike samarbeidspartnerne.
- Benytte prinsippene i IP – brukes mål og avklart arbeidsinnsats fra ulike aktører hvor bruker er sentral. Brukers rettigheter og plikter avklares. (Det foreligger ikke rettigheter til en særskilt tjeneste, men søknader behandles individuelt og begrunnes)

### **Samarbeid med spesialisthelse tjenesten, inkl Ringen og Grande.**

- Forholde seg til hele rehab.feltet.
- Avklare forholdet til Helse og omsorgsplanen og arbeidsgruppa for Samhandlingsreformen.
- Gjennomgang av Tjenesteavtalene med sykehuset innlandet. Veiledning til og fra spesialisthelsetjenesten (nevrolog, psykolog mv.)
- Ønske om informasjon om alle rehabiliteringsbrukere/ at kommunen får uttale seg om vi kan ta imot og gi tilbud selv. (Informasjon til rehab.teamet) (Betalingsordningen)

### **Samarbeidspartnere:**

- **Fastlegene**
- **Frivillig sektor** (Røde Kors og Frivillighetssentralen)
- **Helsestasjon for eldre**
- **Koordinerende enhet**

### **Arbeidsfordeling i teamet mv:**

#### **A. Kompetanseheving i hjemmerehabteamet**

1. Få tilgang og kurs i bruk av e-link
2. Besøk til kommuner som har hatt hjemme rehab bl.a. Gjøvik og Stange
3. Bruke nettverksgrupper som jobber med hjemmerehab
4. Opplæring i kartleggingsverktøyet COPM internt og eksternt og skaffe oppdatert veileder og skjema v/Nina
5. Opplæring om skanning i Gericia

#### **B. Samarbeid med fastleger**

- Henviser til punkt 3j /4e. Det blir sendt brev til legen om at bruker har fått tilbud
- Drude må sende E-link ift.medisinlister
- Ta kontakt for behov for vurdering til henvisning til spesialisttjenester og andre tjenester.
- Innkalle til samarbeidsmøter hos bruker ved behov.
- Evt.følge bruker til legetime.

C. Dokumentasjons system. Avklare om vi må saksbehandle ergo, fysio for å få tilgang til å skrive på Gerica eller om vi kan kun sak rehabilitering hjemme.(for ergo, fysio og spl)

1. Journaltyper
2. Gjennomgang med Oskar og rehabteamet for praktiske funksjon i Gerica.
3. Hvordan kan brukers mål og tiltaksplan og ukeplan synligjøres i Gerica- hva kan skannes inn og hva skal brukes i Gerica?

D. Rutiner for vedtak/plan.oppfølging og avslutning.

1. Tidsbegrensing – 6 uker
2. Hva skal stå i vedtaket?- sjekke med andre kommuner hvor detaljert vedtaket er.
  - a. Oppstart og avslutningsdato
  - b. Foreløpig mål
  - c. Saken gjelder: vedrørende rehabilitering-hjemme
3. Plan
  - a. Oppstart/planmøte – hjemme hos brukeren
  - b. Hente ut nødvendig info fra Gerica
  - c. Kartleggingsbesøk - hjemmerehabteamet. Vurdere når det er aktuelt at pårørende og hj.spl er med på første kartleggingsbesøk.
  - d. For å få tak i brukers mål- bruk av COPM som verktøy. Dette for å sikre brukermedvirkning og finne brukers motivasjon.
  - e. IPLOS ved oppstart
  - f. Lage tiltaksplan og ansvarsfordeling i samarbeid med bruker, pårørende, HBO og eventuelt andre samarbeidspartnere. Utarbeide ukeplan (kan hjelpe HBO å skrive vedtak) Bruk mal fra planleggingsmøte
  - g. Bruke fagspesifikk verktøy ved behov ift brukers mål (eks. MMS, balansetest)
  - h. På hvilken måte kan man best samarbeide med HBO (rapport/delta på møter hos bruker) Bruk Gerica og internmelding?/kommunikasjon ved behov.
  - i. Ta kontakt med fastlegen
    - innhente info og gi info på sikt med e-link. Drude må ha tilgang
  - j. Ukentlig teammøter med underveisevaluering på onsdager
4. Avslutning:
  - a. Avslutningsmøte hos brukere med evaluering av mål og tiltaksplan med nødvendig samarbeidspartnere. Bruk mal for evaluering for rehab.
  - b. IPLOS evaluering
  - c. COPM- evaluering, er det endring i brukers score ift.tilfredshet/utførelse.
  - d. Reevaluering om det skal avsluttes, forlenges eller videre oppfølging
  - e. Avtale tid for oppfølgingssamtale i forskjellige former etter 6 uker.

- f. Sende kopi av tverrfaglig avslutningsrapport/evalueringmøte til fastlegen
5. Arbeidsdager; forslag for hjemmerehab
    - a. Tirsdag og torsdag, halv onsdag for Christine
    - b. Alle må jobbe onsdager, Nina må være på døgn tirsdag formiddag. er ellers fleksibel.
    - c. Drude kan ikke jobbe mandag og fredag når hun har arbeidshelg. Felles oppstartsbesøk og avslutningsbesøk bør være onsdager.
  6. Praktisk organisering

Drude jobber 50% stilling, direkte underlagt Anne B. Har en helgestilling. Kan ikke jobbe mandag og fredag når hun har arbeidshelg. Drude skal ha kontor plass på rehab.døgn- hos rehab.koordinator.

Nina jobber 50% mot rehab.døgn og 50% mot rehab.hjemme. Har kontor På Finsal. Fleksibel unntatt tirsdag kl.10.30-12.00

Christine jobber 50% som fysio hjemme Sentrum/Vest. Kontor plass parkgården. 50% rehab.hjemme. Kontor plass fysio.kontoret på Finsal

### **Kartlegging - Saksbehandlingsverktøy mv**

- Basis i dagens verktøy
- ICF (Gjøvik)
- Oppdatere tiltaksplanen – rehabiliteringsfokus
- Tilgangsstyring – utgangspunkt i dagens oppbygging – tilpasses underveis dersom dette ikke fungerer hensiktsmessig. (Prøver ut oktober)
- Legge ved kopi av søknaden når svar om mottatt søknad sendes fra merkantil avd.

### **Kompetanseheving.**

- Endring av møtemaler med poengtering av brukers ansvar
- Rehab.pakke
- Samkjøre HBO/hjemmerehab.teamet/rehab.
- Telemedisin
- IP – hva er dette
- Holdningsendringer

Hamar kommune – Utviklingscenter for hjemmetjenester, Hedmark

Finsalveien 3

2322 Ridabu

Telefon: 986 31 171

E-post: [bente.kjos@hamar.kommune.no](mailto:bente.kjos@hamar.kommune.no)

**[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)**