



NOTODDEN KOMMUNE
Seksjon Helse og omsorg

Blueskommunen



Forprosjektrapport

Hverdagsrehabilitering

13. juni 2012

Innholdsfortegnelse

side

Prosjektets mål og resultat	3
Mandat forprosjektet	3
Dagens situasjon	3
Arbeidsprosessen	4
○ Begrepsavklaringer	
Anbefalinger	4
○ Oppstart	5
○ Organisering	6
○ Undersøkelse, evaluering	8
○ Rehabteamets mandat	10
○ Andre anbefalinger	10
○ Kilder	12
Vedlegg 1 Prosessflyt	
Vedlegg 2 Tilleggsinformasjon oppstart	
Vedlegg 3 Organisering	
Vedlegg 4 Faggruppens kompetanse/roller	

Prosjektets mål og resultat

Målsetting: Etablere systemer for helhetlig rehabilitering i organisasjonen slik at brukere med behov for- og ønske om rehabilitering fanges opp og får mulighet til å leve lengst mulig i eget liv.

Forventet resultat:

Brukere:

Flere brukere forventes å kunne oppnå større grad av deltakelse i og mestring av eget liv. Større grad av medvirkning i utarbeidelse av egne mål. Egne mål og motivasjon vil i større grad være styrende for tiltak som iverksettes. Økt brukertilfredshet.

Medarbeidere:

Medarbeidere i prosjektet vil arbeide etter en ny arbeidsmetodikk. Hvis prosjektet lykkes i henhold til intensjonene, vil resultatene kunne brukes til å motivere for endret arbeidsmetodikk, endring i kultur, holdninger, og arbeidsformer i andre deler av organisasjonen.

Organisasjon: Mulig reduserte kostnader fordi passiviserende tiltak kan utsettes og/eller reduseres.

Forprosjektets mandat

Forprosjektet skal forberede opprettelse av rehab/innsatsteam i Notodden kommune. Vedtak om opprettelse av rehab/innsatsteam i Notodden kommune er politisk og administrativt forankret på rådmannsnivå. Intensjonen med opprettelsen er å sikre mennesker med nyoppstått funksjonsendring mulighet til å leve lenger i eget liv. Dette skal skje gjennom rask intervensjon, med utgangspunkt i brukers egen medvirkning og med brukers egen deltakelse og aktivitet som mål.

Forståelse av mandatet

Arbeidsgruppa har oppfattet at mandatet omhandler arbeidsmetodikken fra Fredericia kommune i Danmark. Arbeidet har derfor tatt utgangspunkt i det som der er benevnt som Hverdagsrehabilitering, og foreslår dette begrepet brukt også i Notodden kommune. Dette er forelagt styringsgruppa og er akseptert.

Dagens situasjon

I Notodden kommune foregår rehabilitering ved korttidsavdelingen på NOS og gjennom ordinært samarbeid mellom HBT og fysio- og ergoterapitjenesten. Koordinerende enhet (KE) er ved Tildelingskontoret, med systemansvar for individuell plan (IP). IP tildeles gjennom enkeltvedtak utformet av saksbehandlere ved Tildelingskontoret, jfm. overordnet rehabiliteringsplan i Notodden fra 2008.

Arbeidsprosessen

Arbeidsgruppas mandat er å utrede ulike spørsmål før oppstart av Hverdagsrehabilitering i Notodden kommune. Spørsmålene besvares enkeltvis, med henvisninger der samme tema er omtalt på flere steder. Rehabiliteringsprosessene, organisering av rehabilitering og oppfølging/evaluering anskueliggjøres med prosessflyt (vedlegg 1). Arbeidsgruppa ser at det er nyttig med noen begrepsavklaringer. Disse presenteres før arbeidsgruppas anbefalinger. Til slutt har vi valgt å komme med noen forslag utover mandatet, fordi vi tror dette er viktig for å understøtte Hverdagsrehabilitering i Notodden kommune. Anbefalingene utdypes med vedlegg der det er hensiktsmessig.

Arbeidsgruppa har bestått av:

Ergoterapeut Hanne Fylkesnes, fysio- og ergoterapitjenesten

Fysioterapeut Torbjørn Darrud, fysio- og ergoterapitjenesten

Fysioterapeut Kristine Christiansen, NOS

Sykepleier/saksbehandler Eva L.Otterstad, Tildelingskontoret

Sykepleierne Elisabeth Skretting og Sylvi Pedersen, HBT

Fysioterapeut/systemkoordinator Fanny Pran, Tildelingskontoret (leder forprosjektet)

Etter oppstartsmøtet 05.03.2012 har arbeidsgruppa hatt 9 møter. I april deltok arbeidsgruppa og representanter fra seksjon for Helse og omsorg på en fagdag om Hverdagsrehabilitering i regi av Fylkeskommunen. Arbeidsgruppa har diskutert alle temaene i mandatet. I periodene mellom møtene har deltakerne jobbet med oppgaver som har vært knyttet til spørsmålene. Det har vært regelmessig kontakt mot styringsgruppa v/kontaktperson. Arbeidsgruppa har satt seg inn i rapportene fra Fredericia og annen litteratur og kontaktet kommunene Fredericia, Voss, Nome, og Arendal. Det har også vært kontakt med ergoterapi- sykepleier- og fysioterapiforbundet om det felles prosjektet for "Hverdagsrehabilitering" i Norge. Dette for å få bakgrunnsinformasjon for spørsmålene i mandatet og kontakt med ressurspersoner i Norge. Arbeidsgruppa mottok litteratur om "Hemrehabilitering" i Østersund kommune i slutfasen av forprosjektet.

Begrepsavklaring

I Fredericia brukes begrepene Hverdagsrehabilitering og Borgerteam. Arbeidsgruppa foreslår samme organiseringen i Notodden. I denne rapporten har vi valgt å kalle

Hverdagsrehabilitering for *Hverdagsrehabiliteringsteam (HR Team)*.

Hverdagsrehabiliteringsteam er ergo- og fysioterapeuter / sykepleier / hjelpepleiere som utøver rehabilitering. *Brukerteam* tilsvarende det danske Borgerteam. *Brukerteamet* er samarbeidet mellom terapeuter/hjelpepleier fra *Hverdagsrehabiliteringsteamet* og en fast saksbehandler fra Tildelingskontoret.

Anbefalinger

"Hverdagsrehabilitering" i Fredericia er evaluert av en uavhengig, ekstern instans, Dansk Sundhedsinstitut (DSI, 2011). Rapportene fra DSI dokumenterer at "Hverdagsrehabilitering" er effektiv - ivaretar brukernes autonomi og utsetter hjelpebehov, samtidig som det gir økonomisk gevinst når utført som anbefalt. Norsk forskning dokumenterer at eldre ofte ikke ber om hjelp før det er gått så langt at det ikke oppnås ønsket effekt av rehabilitering (Vik 2012). Dette kan også være et argument for å ta i bruk prinsippene fra "Hverdagsrehabilitering", både i forhold til målgruppe og metode. I "Hverdagsrehabilitering"

er målsettingen autonomi gjennom ”Lengst mulig i eget liv” og å utsette behovet for passive omsorgstjenester der det er mulig.

Fredericia kommune beskriver flere suksesskriterier og anbefalinger til andre kommuner som planlegger liknende prosjekter (DSI prosjekt 3106, s. 39-40):

- 1) Avsette de nødvendige økonomiske ressurser til prosjektet/være villig til å investere i prosjektet, likeså i forhold til brukeren i form av investering i starten av rehabiliteringsforløpet med forventning om å kunne redusere tidsforbruket senere
Avsette ledelsesmessige ressurser.
- 2) Konsekvent fremheve og fastholde at det er et kvalitetsprosjekt som både skal skape positive resultater for brukere, medarbeidere og kommuneøkonomi.
- 3) Tilrettelegge prosjektet som et utviklingsprosjekt med trinnvis utvikling, mulighet for læring, og systematisk dokumentasjon av positive resultater.
Systematisk dokumentasjon er løpende dokumentasjon av prosjektets mer og/eller mindre positive resultater. Overvåkingen er viktig for å fastholde rett spor på utviklingen.
Synliggjøring av positive resultater kan brukes for å underbygge den videre utviklingen.
- 4) Forankre rehabiliteringsarbeidet i veldefinerte brukerteam med en ansvarlig saksbehandler, en ansvarlig terapeut, og 1-2 hjelpepleiere. Denne arbeidsmetoden vektlegges som viktig.
- 5) Understøtte brukerteamet med gode fysiske rammer/lokaler, dyktig planlegging og tydelig ledelse. Egnede lokaler er viktig for å skape samhold i gruppen. Rehabilitering skal være et mål som holdes under kontinuerlig oppsikt og følges opp på, på linje med god økonomi.

1 Oppstart

1.1 Målgruppe:

Hverdagsrehabilitering er et tilbud for personer som søker om personlig/praktisk hjelp for første gang og/eller varig utlån av hjelpemidler, og når det foreligger rehabiliteringspotensial.

1.2 Målgruppen nås slik:

Registrering av henvendelser i fysio- og ergoterapitjenesten og ved Tildelingskontoret.
Brukerteamet følger opp henvendelsene.

1.3 Kriterier:

- Diagnose/kontraindikasjoner er kjent, vurdert og tatt hensyn til.
- Ergoterapeut/fysioterapeut i Hverdagsrehabiliteringsteamet vurderer rehabiliteringspotensialet, deretter brukes COPM som utgangspunkt for rehab.plan.
- Brukermedvirkning ivaretas i henhold til rehab.forskrift.
- Pasients/brukers, evt pårørendes motivasjon understøttes profesjonelt.
- Forventninger/spørsmål fra pasient/bruker er avklart.
- Sikre optimal ressursutnyttelse

1.4 Antall brukere med skissert bemanning (vedlegg 2):

- Vurdere arbeidstidsordningen (turnus helger, helligdager, ferier) ut fra hvordan den ivaretar optimal ressursutnyttelse.

- De tilgjengelige ressursene avgjør antall brukere i målgruppa som kan få tilbud om Hverdagsrehabilitering.
- HBT bidrar med ressurser kveld/natt for de brukerne der det er behov (brukerne ville uansett hatt rett til tjenester fra HBT hvis de ikke hadde Hverdagsrehabilitering).

Dersom HBT ikke skal bidra når bruker har behov for bistand kveld/natt både hverdag og helger, må det aksepteres at bruker i stedet ivaretas i sin helhet med ordinære tjenester fra HBT. Se punkt 2.4 om arbeidstidsordninger.

1.5 Kriterier for inklusjon/eksklusjon/avslutning og strategier for videre oppfølging:

Inklusjonskriterier Hverdagsrehabilitering

- Personer i målgruppen når Brukerteamet har besluttet rehabilitering
- Vurdert rehabiliteringspotensial omfatter grad av motivasjon/forventet motivasjon hos bruker, brukers kognitive og fysiske forutsetninger, muligheter i brukers omgivelser

Følgende brukergrupper omfattes ikke av tilbudet

- Demens/betydelig kognitiv svikt.
- Psykiatriske diagnoser/rus og andre diagnoser som krever behandling og/eller annen metode for rehabilitering.
- Gjenopptrening som kan ivaretas på ordinær måte i korttidsavdelingen/ HBT/fysio- og ergoterapitjenesten.
- Kjente kontraindikasjoner.
- Brukere som forventes å bli selvhjulpen uten rehabilitering.

Avslutning

- Tilbudet avsluttes etter vurdering i Hverdagsrehabiliteringsteamet

Strategier for videre oppfølging

- Hverdagsrehabiliteringsteamet, i samråd med bruker, vurderer behov for videre personlig/praktisk hjelp og informerer saksbehandler.
- Enkeltvedtak v/saksbehandler hvis det er behov for omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6-a-d) etter avsluttet Hverdagsrehabilitering.
- Hverdagsrehabiliteringsteamet bistår bruker med kontakt med aktuelle sosiale aktiviteter/gruppetilbud, også frivillige organisasjoner.

2 Organisering

2.1 Organisering av teamet – ledelse, ressurs, kompetanse, myndighet, se 4.2 og vedlegg 3. Hverdagsrehabiliteringsteam

- En ergoterapeut eller fysioterapeut har funksjon som leder og planlegger (jfm DSI prosjekt 3106 og 3333). Leder har ansvar for å følge opp, registrere og dokumentere resultatene fra Hverdagsrehabilitering, både faglig og økonomisk.
- Ergoterapeut, fysioterapeut, pleier har ansvar for gjennomføring av rehabilitering sammen med bruker ut fra rollefordeling beskrevet i DSI prosjekt 3333, se vedlegg 4.
- Vurdering av rehabiliteringspotensialet krever ergoterapifaglig/fysioterapifaglig kompetanse og skal utføres av den terapeuten som har ansvar for brukeren gjennom rehabiliteringsprosessen. Månsson (2009, s. 17, 114) beskriver samarbeidet mellom ergoterapeut og fysioterapeut.

- Hverdagsrehabiliteringsteamet har myndighet til å prioritere brukere til tilbudet, utforme tilbudet, angi omfang av personlig/praktisk assistanse som grunnlag for enkeltvedtak i og evt. etter tilbudet og avslutte tilbudet om Hverdagsrehabilitering, se også 4 Mandat.
- Trenende hjemmehjelp arbeider etter anvisning/veiledning fra terapeut

2.2 Organisatorisk plassering av Hverdagsrehabiliteringsteamet:

To alternativer er diskutert

- a) Egen avdeling i virksomhet hjemmebaserte tjenester.
- b) I virksomhet fysio- og ergoterapitjenesten, som oppstart på utvikling av en ny virksomhet for fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering og forebygging.

2.3 Lokalisering:

Arbeidsgruppa anbefaler at Hverdagsrehabiliteringsteamet er samlokalisert.

Det er rettet forespørsel til teknisk v/Aanjesen om ledige lokale. Per i dag er det ingen ledige lokaler, tilbakemeldingen fra teknisk er at dette må ordnes innen helse og omsorg.

Arbeidsgruppa har diskutert to alternativer, enten i Sentrumsbygg eller på NOS. Det er behov for å tenke både kortsiktig og langsiktig om lokalisering. Hverdagsrehabiliteringsteamet bør ha lokaler ved oppstart og inkluderes i videre utvikling av rehabilitering.

Andre behov: PC, telefon, arkiv, kontormøbler, leasingbil, evt. kostnader til utbedring av lokaler.

2.4 Arbeidstidsordninger:

Dagtid hverdag, helg, helligdager foreslås. Det vurderes ut fra hva som gir best bruk av personalressursene i prosjektet, slik at fagkompetansen nyttes for å gi brukerne kvalitet. Dette prioriteres fremfor å utelukkende tenke profesjonsnøytralitet. Et eksempel er å unngå bruk av terapeutressurser til oppgaver som kan ivaretas av hjelpepleier / helsefagarbeider / omsorgsarbeider.

Det må inngås avtale med HBT hvis enkelte brukere har behov for bistand kveld/natt og tas stilling til hvordan dette kan ivaretas i enkeltvedtaket ("åpen visitation"), se 1.4 om antall brukere med skissert bemanning.

2.5 Samarbeid med andre yrkesgrupper – leger etc:

Samarbeid med fastlege inkluderes i ordinære samarbeidsarenaer der terapeuter i Hverdagsrehabilitering deltar. Det etableres samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter ved behov.

2.6 Samarbeid med frivillige organisasjoner:

Mål for rehabilitering er deltakelse sosialt og i samfunnet (rehabiliteringsforskriften 2012).

Hverdagsrehabilitering understøtter brukers sosiale rolle og ønske om deltakelse.

Det kreves at en bred oversikt over tilbud i Notodden innen det frivillige gjøres tilgjengelig for Hverdagsrehabiliteringsteamet og at det etableres samarbeid med leder av Frivilligsentralen og Skoland.

2.7 Forholdet til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og kommunal rehabiliteringsplan:

I den danske Serviceloven inngår både det de kaller hjemmehjelp (§ 83) og rehabilitering (§86). I Fredericia får brukere som søker om tjenester etter § 83 tilbud om rehabilitering etter § 86 hvis de er vurdert å ha rehabiliteringspotensial.

I Norge er det krav om enkeltvedtak for helse- og omsorgstjenester § 3-2 6a-d. Det er ikke krav om enkeltvedtak for rehabilitering, koordinator og individuell plan. Samtidig er kommunen pålagt å ha oversikt over brukere med behov for rehabilitering/ IP. Koordinerende enhet (KE) er ved Tildelingskontoret, per i dag med systemansvar for individuell plan (IP) og tildeling av IP gjennom enkeltvedtak utformet av saksbehandlere.

IPLOS, forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, krever at rehabilitering, IP og tjenestene som inngår i rehabilitering er registrert i fagprogrammet Helse og omsorg. Personers funksjonsevne registreres i IPLOS ved saksbehandling av søknad om omsorgstjenester.

For å ivareta krav i rehabiliteringsforskriften foreslås det at ansvarlig terapeut og rehabiliteringsplan forstås som koordinator og IP. Videre at ergoterapeut eller fysioterapeut utfører og registrerer IPLOS i fagprogrammet for å sikre kvaliteten i datagrunnlaget for evaluering av Hverdagsrehabilitering, se 3.4. Brukerteam ivaretar norske myndigheters krav i rehabiliteringsforskriften / intensjonen med KE, samtidig som forvaltningslovens krav til saksbehandling for omsorgstjenester (personlig/praktisk hjelp) ivaretas. Brukerteam som arbeidsform kan bidra til å utvikle felles forståelse for rehabilitering.

Arbeidsgruppa har kontaktet Fredericia per mail om ”åpne vedtak”, per 04.06. er det ikke svar derfra. Da Voss kommune ble kontaktet var de fortsatt i planleggingsfasen.

3 Undersøkelse / evaluering

3.1 Dokumentasjon av rehabiliteringsprosessen på individnivå. Kunnskapsbaserte verktøy ved undersøkelse og kartlegging før iverksetting og avslutning – evt. ”underveisvurderinger”:

COPM er en kartleggings- og evalueringsverktøy utarbeidet og brukt av ergoterapeuter. Ergoterapeut Hanne Fylkesnes i Fysio- og ergoterapitjenesten har kompetanse til å bruke COPM. Verktøyet som kreves kan bestilles fra NRRK til lav kostnad (100 kr. for 50 stk). COPM fremmer brukermedvirkning i målsettingsarbeid. Brukermedvirkning er en forutsetning innen rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering).

Forprosjektet har utarbeidet forslag til maler for kartlegging, rehabiliteringsplan med tiltak og evaluering som tar opp i seg COPM (se perm). Dette kan brukes gjennom skjemabehandling i fagprogrammet i Helse og omsorg. Samtidig må det opprettes et eget område for daglig dokumentasjon i plan og rapport som er tilpasset dokumentasjonsmetode innen rehabilitering. Dokumentasjonen må også følge myndighetenes anbefaling om bruk av ICF som felles språk, struktur og dokumentasjon i rehabilitering, samtidig som leder må kunne følge prosjektets resultater. Dokumentasjonsmetoden skal bidra til å skape felles forståelse og felles måte å møte bruker på.

I tillegg utfører terapeuter IPLOS score, som kan brukes for registrering av data for evaluering av prosjektet.

3.2 Evalueringstidspunkter på individnivå.

Individuell vurdering før oppstart, fortløpende i forhold til måloppnåelse og fullført rehabiliteringsprosess, utføres av ansvarlig terapeut i Hverdagsrehabiliteringsteamet i samarbeid med bruker og ”trenende hjemmehjelp”. Dokumentasjon både i brukers journal og med IPLOS score.

3.3 Evalueringsmetoder for hele tiltaket, jfm DSI prosjekt 3106.

Systematisk dokumentasjon og oppfølging er en av flere viktige forutsetninger for å utvikle Hverdagsrehabilitering.

Leder/planlegger i Hverdagsrehabilitering registrerer og følger opp resultater og IPLOS-registreringer. Dette er en del av leder/planleggers funksjon som brukes som grunnlag for fortløpende oppfølging, evaluering og utvikling av Hverdagsrehabilitering, samt for å evaluere hele prosjektet. Dette beskrives i egen prosedyre for leder/planlegger.

Baseline: Se på mulighetene for å vurdere antatt forløp hvis rehab/innsatsteam ikke blir iverksatt.

- Saksbehandler i Brukerteamet utarbeider et anslag over tjenester brukerne ville fått uten tilbud om Hverdagsrehabilitering. Leder av Hverdagsrehabilitering registrerer dette.

- Saksbehandler informerer leder i "Hverdagsrehabilitering" både om tidsressurs i vedtak som iverksettes, tidsressurs som ville blitt iverksatt dersom bruker ikke hadde fått rehabilitering, og tidsressurs i evt. vedtak om praktisk bistand etter avsluttet rehabilitering.

Tjenester/omfanget av tjenestene brukerne får under og etter Hverdagsrehabilitering registreres av leder av Hverdagsrehabilitering. Det må lages et system i fagprogrammet i helse og omsorg som gjør disse dataene tilgjengelige gjennom tjenesterapporater. Det tenkes evt. "egen sone" knyttet til prosjektet som gjør dette mulig, eller at tjenestene i Hverdagsrehabilitering merkes som en egen "tjenestekategori". Tenkt tidsressurs uten Hverdagsrehabilitering registreres også.

Vurdere muligheten for registrering av forbedring i epidata:

- Leder i Hverdagsrehabilitering registrerer og følger opp, og rapporterer til ledelsen seksjon for helse og omsorg. Brukererfaring bør registreres og følges opp som en del av evalueringen, for eksempel gjennom å måle livskvalitet før og etter Hverdagsrehabilitering.

Før det utformes strategi for oppfølging og evaluering er det nyttig å tenke igjennom ulike forhold (Månsson 2009, s. 127-128). Fredericia kommune viser hvordan Hverdagsrehabilitering gir økonomisk gevinst. Det finnes også andre kommuner som har evaluert rehabilitering. Arendal kommune har evaluert et pilotprosjekt. Representant for arbeidsgruppa har vært i kontakt med Janne Gundersen i Arendal og fått kopi av deres system og tillatelse til å bruke det (se perm). Bodø kommune har en rehabiliteringsavdeling der de blant annet bruker IPLOS. I Bodø understreker de noen betraktninger som er viktige å ta med ved bruk av IPLOS. "Strategien i all rehabilitering innebærer som oftest bruk av to strategier. For det første funksjonstrening, for det andre kompenserende tiltak. Mange kompenserende tiltak vil ikke endre funksjonsnivå. Det er dessuten mange pasienter som kan gjennomgå vellykte rehabiliteringsprosesser uten at IPLOS påvirkes" (Rasch 2012). Prosjektrapporten fra Fredericia kommune (DSI prosjekt 3106) og en egen økonomirapport derfra vedrørende økonomi viser deres evalueringsmetoder.

4 Mandat for Hverdagsrehabiliteringsteamet og Brukerteamet

4.1 Mandat for Hverdagsrehabiliteringsteamet og Brukerteamet, se også 2.7 og vedlegg fra DSI Prosjekt 3333 om faggruppens kompetanse:

- Terapeut eller saksbehandler informerer bruker, evt. pårørende, om Hverdagsrehabilitering.
- Terapeuter i *Hverdagsrehabiliteringsteamet* kartlegger rehabiliteringspotensial og vurderer om bruker får tilbud om Hverdagsrehabilitering og innhold/omfang i personlig/praktisk assistanse ved oppstart av Hverdagsrehabilitering.
- *Brukerteamet* beslutter rehabilitering. Saksbehandler i *Brukerteamet* utformer nødvendig enkeltvedtak ("åpent vedtak") om personlig/praktisk hjelp med "trenende hjemmehjelp" i rehabiliteringsperioden.
- Terapeuter i *Hverdagsrehabiliteringsteamet* har ansvar for å utarbeide og følge opp rehabiliteringsplan i samarbeid med bruker.
- Terapeuter i *Hverdagsrehabiliteringsteamet* har ansvar for opplæring/veiledning av "trenende hjemmehjelp".
- "Trenende hjemmehjelp" har ansvar for å gjennomføre og dokumentere avtalte tiltak som beskrevet av ergo/fysioterapeut og dokumentere.
- Terapeut i *Hverdagsrehabiliteringsteamet* har ansvar for å følge opp og evaluere, beslutter avslutning av Hverdagsrehabilitering og informerer saksbehandleren i *Brukerteamet*.
- Når det er behov for personlig/praktisk bistand etter rehabiliteringstilbudet, anbefaler terapeuten i *Hverdagsrehabiliteringsteamet* innhold og omfang av dette og formidler til saksbehandler i *Brukerteamet* som har ansvar for enkeltvedtaket.

4.2 Hvilken opplæring / kompetanse skal *Hverdagsrehabiliteringsteamet* og *Brukerteamet* ha, evt. tilføres og hvordan gjennomføre slik kompetanseheving, se vedlegg.

Dette vil være avhengig av fagpersonenes kompetanse. Følgende kompetanse er nødvendig:

- Alle må ha rehabiliteringskompetanse i form av praktisk og teoretisk kunnskap og kunnskap om Hverdagsrehabilitering
- Forståelse av egen fagrolle innen rehabilitering og tverrfaglig/samarbeids kompetanse
- Brukermidvirkning, evt helsepedagogikk
- ICF (kunnskap om deltakelse og aktivitet) og COPM, IPLOS (fagprogrammet Helse og omsorg)
- Ergoterapeutene og fysioterapeutene må kunne lære opp og veilede "trenende hjemmehjelp".

Det foreslås intern opplæring som i Fredericia og Voss kommune (se perm) og hospitering, samt kompetanseoverføring fra Forprosjektet til både *Hverdagsrehabiliteringsteamet* og *Brukerteamet*.

Andre anbefalinger

Grunnkomponentene for en fungerende Hverdagsrehabilitering er en felles kjent definisjon, verdigrunnlag og beskrivelser, rutiner og retningslinjer som støtter brukerperspektivet. Fremfor alt er det viktig med en arbeidsmåte der alle funksjoner og profesjoner finnes i en felles sammenheng; team, gruppe eller arbeidslag. Helhetssyn innehas ikke av en profesjon da det handler om et genuint samarbeid i en fungerende dialog med brukeren.

Det anbefales politisk og administrativ forankring av Hverdagsrehabilitering

- Bred informasjon til innbyggere, ansatte, samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, ledere, brukerorganisasjoner og politikere, jfm Voss kommune (se perm).
- Skriftlig, standardisert informasjon til brukere som får tilbud om Hverdagsrehabilitering.

- Prosedyrer som sikrer rett målgruppe for Hverdagsrehabilitering, og prioriteringer hvis behovet overskrider kapasiteten.

- Prosedyrer / skjemaer for registrering/videreformidling av søkere til *Brukerteamet*, fra både Tildelingskontoret og fysio- og ergoterapitjenesten og andre aktuelle i kommunehelsetjenesten.

- Registrerings/dokumentasjonsverktøy/maler/skjema. Forslag til maler er utarbeidet og foreligger i egen perm sammen med eksempel på økonomievaluering, rapporter og artikler.

- Prosedyrer for Hverdagsrehabiliteringsteamet og Brukerteamet

- Arbeidsplaner/ turnus, avtale med HBT for aktuelle brukere.

Kilder:

Bredland, E.L., Linge o.A., Vik, K. (2011). Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. Gyldendal Norsk Forlag AS 2011 (3.utgave, 1.opplag 2011).

Helse- og omsorgsdepartementet. Lov-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Medlex Norsk Helseinformasjon 2011.

Helse- og omsorgsdepartementet. FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Lovdata 08.05.2012.

Kjeken, I., Kvien, T.K., Dagfinrud, H. (2007). Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 5, 2007; 127: 598-9.

Kjeken, I., Bjor, T., Westerlund, D. (2008). Tverrfaglig dokumentasjon av rehabiliteringsforløp. Tidsskr Nor Legeforen nr. 4, 2008; 128: 468-70.

Kjellberg, J., Obsen, R. (2010). Økonomisk evaluering
http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4ca47023339d4.pdf

Kjellberg, P.K., Ibsen, R., Kjellberg, J.: Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. DSI projekt 3106. September 2011. Dansk Sundhedsinstitut.
http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4ed35da4822b3.pdf

Kjellberg, P.K., Ibsen, R., Kjellberg, J.: Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. Notat / Projekt 3333. September 2011. Dansk Sundhedsinstitut
http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4e6f534d47ff1.pdf

Kjellberg, P.K. (2012). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. Presentasjon 25.04.2012.

Månsson, M.: Hemrehabilitering: vad, hur og før hvem. Fortbildning AB/Tidningen Eldreomsorg 2007. Andre utgave 2009.

Rasch, S. (2012.) Kommunal rehabilitering i institusjon. Bodø kommune.

Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. Ergoterapeuten 01.12, s. 23-28.