

Hjälper du mig för at
du tror jeg inte kan,

JAG KAN,

Men på et annat sett
än du.

Hjälper du mig för at
du tror jeg inte vil,

JAG VIL,

Men inte det samma
som du.

Hjälper du mig för at
du tror jeg inte vet,

JAG VET

Men kanskje någon
ting annat än du.

Hjälper du mig för at
du tror jeg ikke kan
tale,

JAG TALAR,

Men på et annat sett
enn du.

Hjälper du mig at bli
fri,

Fri från min inlärda
hjälppløshet,

Då kan vi äntligen
hjälpa varandra

- Berit Schaub-

PROSJEKTRAPPORT

frå interkommunalt samarbeid
mellom Etne, Vindafjord, Sauda og
Suldal
2012-2013

FAGOMRÅDE REHABILITERING (INKLUDERT KVARDAGS- REHABILITERING)

DELTAKARAR:

Etne kommune

Etne Kommune

Sauda kommune

Suldal kommune

Vindafjord kommune

Vindafjord kommune

Anita Sørheim

Sylvia Thør

Brit Bjelland

Elin Kjellstad

Synnøve E. Steinsland

Gunnbjørg Nesbu

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Rehab.sjukepleiar

Nav – leiar

Rehab.sjukepleiar

Sjukepleiar

***"Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen.
Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag."***

Kåre Hagen, Arendalskonferansen 2011

1. SAMANDRAG

I denne faggruppa har me sett på korleis samarbeidskommunane skal organisera rehabilitering i institusjon og korleis ein skal innlemma kvardagsrehabilitering i kommunane. Me har sett på moglegheiter for å ha eit interkommunalt samarbeid innanfor dei ulike områda. Dette bl.a med bakgrunn i dei demografiske utfordringane med fleire eldre innbyggjarar og auka press på kommunale helse- og velferdstenester. For brukarar som treng rehabilitering, grunna funksjonsfall som følge av alderdom, sjukdom eller skade, er det ei utfordring å sikra eit heilskapleg helsetenestetilbod på tvers av forvaltningsnivåa.

Det offentlege gir føringar om å styrka innbyggjarane si meistring av eiga helse, og auka satsinga på dei helsefremjande, forebyggjande og rehabiliterande tenestane i kommunane. Det er klåre anbefalingar til kommunane om å satsa på kvardagsrehabilitering. I våre kommunar har det i lang tid vore lite satsing på forebygging og rehabilitering. Konsekvensen av å fortsetja å gi tenester slik som me gjer nå, kan verta at terskelen for å få tildelt tenester blir så høg og funksjonsnivået til brukar er blitt så lågt at rehabiliteringspotensialet ikkje lenger er tilstades. Dette er ein vond sirkel og kan i verste fall føra til at kvaliteten på tenestene og ressursbruken nærast bryt saman.

Prosjektgruppa har sett på kva tilbod som er i kommunane innanfor rehabilitering, og kjem med forslag til organisering og mogelegheiter innanfor dette. Me har lese rapportar, fagartiklar, offentlege dokument og lovverk. Me har snakka med ulike kommunar og deira erfaring ift rehabilitering, der nokre og har erfaring med interkommunalt samarbeid.

Det har vore ei utfordring å finna tal som belyser status og framtidige behov ift rehabilitering lokalt. Det me med sikkerheit har funne klåre svar på, er at ei satsing på kvardagsrehabilitering kan gi økonomiske gevinstar for kommunane på sikt, meir nøgde ansatte, og det viktigaste av alt er at det gir meir uavhengige og nøgde brukarar. Vidare fann me at å ha eiga rehabiliterings-avdeling kontra bruka korttidsplasser på sjukeheim til rehabilitering, er meir hensiktsmessig og lønnsamt på dei fleste måtar. Begge tiltaka vil gi god kvalitet på rehabiliteringa, og det vil og gi robuste og attraktive arbeidsplassar. Då utfordringane ift rehabilitering er samansette, er det behov for større tverrfaglegheit, og det er behov for meir kompetanse på kvardagsmeistring på alle tenestemråde.

Anbefalinga for våre kommunar er difor at alle kommunane innfører kvardagsrehabilitering, og ein bør ha eit interkommunalt samarbeid på ei felles rehabiliteringsavdeling. Teama og rehabiliteringsavdelinga bør organiserast under same leiar. Dette kan vera litt av løysinga på utfordringane som ventar oss framover, og det vil svara seg å følgja med.

2. BAKGRUNN FOR MANDATET

Samhandlingsreforma (St.meld 47, 2008-09), ny helse- og omsorgstenestelov (Lov 2011) og Nasjonal helse- omsorgsplan (Meld.st. 16, 2010-2011) angir store endringar i helse- og velferdstenesta, primært pga demografisk utvikling og livsstilssjukdommar. Dersom kommunane skal klara å løysa

velferdsoppgåver og møta dei framtidige utfordringane på ein god måte og til det beste for brukarane våre, må me tenka nytt og på tvers av einingane.

NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg, presenterar fleire forslag til nytenking og innovasjon for å imøtekomma omsorgutfordringar i framtida. Anbefalingane er bl.a å utforma ein seniorpolitikk på helse- og omsorgsområdet som tenkjer forebyggjande, og som legg forholda til rette for at folk skal ta ansvar for eige liv. Kvardagsrehabilitering er omtala. Meld.st 29, Morgendagens omsorg, legg endå sterkare føringar ift. dette. Der er kvardagsrehabilitering omtala som eit av tre område som peikar seg ut som nokon av omsorgstenesta sine viktigaste utfordringar og moglegheiter (2012-2013:23). Vidare (s 24); *Regjeringen ønsker å videreutvikle satsinga på rehabilitering, aktivisering, mestring med personlige mål, og stimulere kommunene til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering*

Forebygging og rehabilitering er noko som helse- og omsorgstenestene i større grad må leggja vekt på, for å oppfylla ambisjonane i samhandlingsreforma om å komma tidlegare inn i sjukdomsforløpet (Meld. St.29, 2012-2013). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering gir uttrykk for at habilitering og rehabilitering ikkje har den posisjonen og prestisjen i helse- og omsorgstenesta som dei overordna helse- og velferdspolitiske måla tilseier (St. prp. nr. 1 (2007–2008)). Dette stemmer med det prosjektgruppe 5 erfarer i våre kommunar. Rehabilitering er eit døme på et særst lite og sårbart fagmiljø i den einskilde kommune. I dag er fagområdet prega av få fagfolk og ei organisering som ikkje utnyttar eksisterande kompetanse godt nok. Det er vanskeleg å etablere ei tilfredsstillande rehabiliteringsteneste etter retningslinjer frå staten og krav som følger med. Utfordringa er tverrfagleg helsepersonell, rehabiliteringsfokus og kontinuitet. Rekrutteringsvanskar og for lite kompetanse på rehabilitering ser ut til å gjelda alle 4 kommunane i ulik grad.

“De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av” (Meld. St.29, 2012-2013:14).

3. MANDAT

Styringsgruppa har gitt si tilslutning til at prosjektgruppa skal utgreia og beskriva alternative modellar for organisering av tenesta rehabilitering. Dette inkluderer og kvardagsrehabilitering.

4. NØKKELTAL

Dette avsnittet omhandlar relevante tal for å visa omfang av utfordringane som kjem som følgje av demografisk utvikling fram til 2030 og utgifter til pleie- og omsorg.

Under følgjer tabell med oversikt over **Innbyggjartal pr.01.01.2013, og utvikling fram mot 2030.**

“Venta vekst i tal eldre i aldersgruppa 67-79 år er ca.90%, medan talet på 80 år og eldre vil auka med meir en 100% i dei kommande 30 åra. Talet på dei over 80 år vil veksa frå 4,7% til 7,5% i 2040” (Aksdal, 2012)

For våre 4 kommunar vil dette sjå slik ut (SSB, og Aksdal, 2012):

Kommune	2013				2030	
	Totalt	67-79 år	80-89 år	90+	67-79 år (+90%)	80+ (+100%)
Sauda kommune:	4.745	507	287	49	507+456= 963	336+336= 672
Suldal kommune:	3.872	381	178	64	381+343= 724	242+242= 484
Vindafjord kommune:	8.615	758	392	95	758+682= 1440	487+487= 974
Etne kommune:	4.040	415	183	55	415+373= 788	238+238= 476
Totalt	21.472	2071	1040	263	3915	2606

Kostnadar pr. innbyggjar fram mot 2030

Det vil verta ei sterk auke i utgifter til pleie- og omsorg for brukarar over 80 år
Tal frå Aksdal (2012) syner ein utgift på over kr. 160 000 pr. innbyggjar.

Innlegging i sjukehus pr. 05.11.2012

Tal samla for alle 4 kommunar (Norsk pasientregister):

2010	25-66 år	67-80+
Hjerneslag	68	85
Hjerteinfarkt	20	34
Hjertesvikt	2	20
KOLS	7	19
Ortopedi	106	149
Parkinsonisme	15	34

Dei viktigaste pasientgruppene kommunane kan hindra sjukehusinnlegging for er:
Rehabilitering, lungebetennelse, hjertesvikt, KOLS og lindrande behandling (Aksdal, 2012).

Det er for tida mykje merksemd rundt utgiftene kommunen har ift medfinansiering og utskrivingsklare pasientar. I følgje Jostein Aksdal, på fagdag på Sand 22.01.13, kan ein i liten grad påverke desse utgiftene. Dei er også særdeles små samanlikna med utgiftene til pleie-og omsorg (som i følgje Meld.st.29, 2012-2013, utgjer nesten 1/3 av kommunens verksemd). Aksdal meiner difor det er stor grunn til å flytta meir fokus ift innsparingsmoglegheiter til pleie-og omsorgstenestene gjennom auka innsats på forebyggjande arbeid og rehabilitering.

Rehabilitering på institusjon, og antal senger:

Det er ulikt tal på senger øyremerka til rehabilitering i nærliggande kommunar. Grappa har lagt til grunn tal frå Odda og Stord, då desse kommunane har godt etablerte rehabiliteringssenger. Karmøy er også blitt undersøkt, men her er prosessen med etablering framleis i gong, og tala er ikkje teke med i vår utrekning. Gjennomsnittet er 1 seng pr. 1676 innbyggjarar. Omrekna til våre fire kommunar blir det 12,8 senger på alle innbyggjarane (sjå vedlegg 1).

5. STATUS OVER REHABILITERINGSARBEIDET I ETNE-, VINDAFJORD-, SULDAL- OG SAUDA KOMMUNE PR. I DAG

Det er sett opp ulike funksjonar i ein tabell for å synleggjera kva tiltak og tenester kvar kommune har tilgjengelig i dag.

	Sauda kommune	Suldal kommune	Vindafjord kommune	Etne kommune
Koordinerende eining (KE)	x	x	x	x
Vedtaksmynde	Bestillarkontor	Bestillarkontor	Saks- handsamar	Kvar eining for seg
Rehabilitering i institusjon: - 2011 - 2012	73 (saker) 105 (saker)	Ikkje funne 54 (saker)	39 (saker) 46 (saker)	10 (brukarar) 8 (brukarar)
Rehabiliteringssenger i institusjon	Integrert	Integrert	Integrert	2 definerte
Rehabiliteringsteam	I institusjon	I institusjon	-	I institusjon.
Ergoterapeut	2,0 årsverk	0,5 årsverk	0,6 årsverk	0,7 årsverk
Fysioterapeut				
- Kommunal	0,9 årsverk	2,7 årsverk	2,0 årsverk	2,0 årsverk
- Privat	3,0 årsverk	1,0 årsverk	3,0 årsverk	2,0 årsverk
Sjukepleiar m/ rehab.utdanning	1 person		1 person	
Heimetenester	26,0 årsverk	55,00 årsverk	38,34 årsverk	18,1 årsverk
Nye søknader 2012				
Heimesjukepleie (rus og psykiatri ikkje medrekna)	43	44	154	71
Praktisk bistand (heimehjelp)	17	24	31	16
Langtids plass i institusjon	Har ikkje dette.	11	27	16
Bufellesskap med heildøgnsomsorg	26			

- Alle fire kommunar har oppretta KE som skal syta for å samordna ulike tenester til brukarar med samansette behov. Gruppa erfarer at dei fleste kommunane, med unntak av Suldal, har lang veg å gå før KE fungerer etter hensikta.
- Tre av fire kommunar har eige system for sakshandsaming av tenester, bestillarkontor eller sakshandsamar.
- Det er teke med tal på søknader og tilgjengelege ressursar slik at ein har eit grunnlag for evaluering av nytt tenestetilbud/kvardagsrehabilitering. Det har vore ei utfordring å finna tal som

belyser status og framtidig behov ift rehabilitering. Det var bl.a ikkje mogleg å samanlikna dei fire kommunar via kostratal, pga ulik registrering av brukarar. Tala på antal saker ift rehabilitering på institusjon, må difor sjåast på med kritisk blikk.

- Tre av fire kommunar har eit system for rehabiliteringsteam på institusjon, og alle 4 kommunar har senger til rehabilitering i institusjon, men desse er organisert i lag med ordinære institusjonsplasser. Det syner seg å vera krevjande å prioritera rehabilitering ift akutt- og lindrande pleie.
- Press på terapeutressursane er ei utfordring, og det er elles lite kompetanse knytt til rehabilitering. Dette kombinert med at dei fleste kommunane manglar prosedyrar tilknytt rehabilitering i institusjon, gjer at ein må setja spørsmål til kvaliteten av rehabiliteringa som blir gitt.
- Ingen av kommunane har prosedyrar for rehabilitering i heimen, knytta til tverrfagleg samarbeid, oppfølging og kartlegging av rehabiliteringspotensial før ein gir pleie-og omsorgstenester.
- Det er svært lite/ingenting forebyggjande arbeid i pleie- og omsorgstenesta knytta til at brukarar skal bevare funksjon og vera mest mogleg sjølvhjulpne i dei 4 kommunane.

Konsekvensen av å fortsetja å gi tenester slik som me gjer nå, kan verta at terskelen for å få tildelt tenester blir så høg og funksjonsnivået til brukar er blitt så lågt at rehabiliteringspotensialet ikkje lenger er tilstades. Dette er ein vond sirkel og kan i verste fall føra til at kvaliteten på tenestene og ressursbruken nærast havarerer.

6. TILTAK

6.1 Funksjon

Jmf. Helse- og omsorgstjenestelova § 1 og 3, skal kommunen syta for at alle som oppheld seg i kommunen, blir tilbydd naudsynt utgreiing og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Re-/habiliteringstilbodet skal gis uavhengig av pasienten og brukaren si buform. Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal ved behov samarbeida med andre etatar (Lov, 2011).

Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagte prosessar med klåre mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi naudsynt bistand til pasienten og brukeren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (St. prp. nr. 1, 2007–2008). Det er eit mål å styrka brukaren sine moglegheiter for eigenmeistring og oppretthalda funksjonsnivå så lenge som mogleg. Difor må rehabilitering vera ein naturleg og sentral del av all innsats og pleie. Det ligg eit rehabiliterende element i all god behandling (Meld. st.29, 2012-2013:86).

I dag kan rehabilitering i kommunane definerast i dei to hovudgruppene *i* og *utanfor* institusjon. Følgjande er henta frå St. prp. Nr 1 (2007–2008):

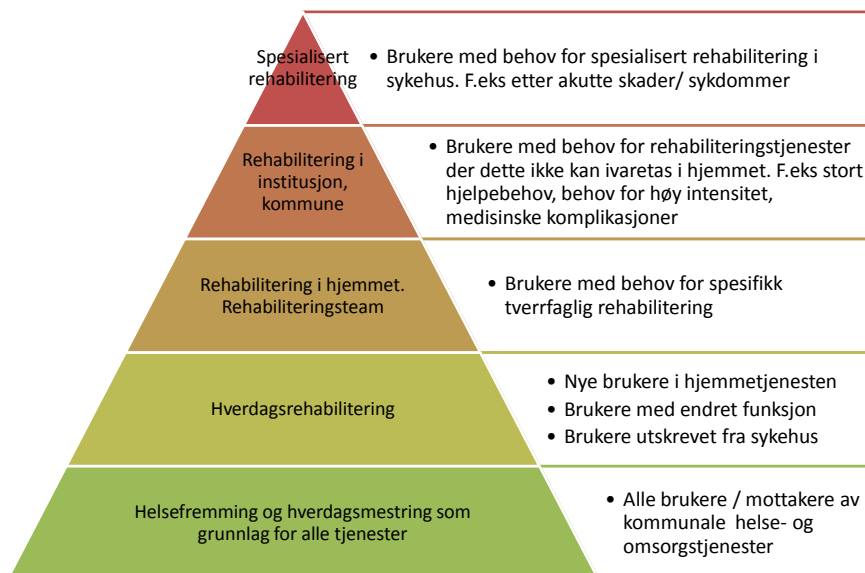
Rehabilitering i institusjon

- Definerte korttids-plassar for rehabilitering som døgntilbud; dei fleste lokalisert i sjukeheim
- Varierende grad av fleirfagleg personal
- Tverrfagleg samarbeid

Rehabilitering utanfor institusjon

- Dag- og gruppetilbod
- Tverrfagleg, ambulant team som gir rehabiliteringstilbod i heimen
- Målretta oppfølging frå ulike faggrupper. Varierende grad av fleirfagleg personal, men særskilt fysio- og ergoterapeutar i tillegg til legar og pleiepersonal.
- Tverrfagleg og tverrsektoriell samhandling knytt til individuell plan.

Pyramiden under skisserar forholdet mellom antal brukarar og kva rehabiliteringstenester som blir benytta (kvardagsrehabilitering (a), URL)



Helsefremmingsplanen 2013, Kristiansand kommune

Begrep brukt om rehabilitering i heimen

Det blir brukt ulike begrep når det er snakk om rehabilitering i heimen. Kvardagsrehabilitering kjem frå Fredericia i Danmark, og byggjer på begrepet heimerehabilitering, som kjem frå Østersund i Sverige. I tillegg har ein og spesifikk rehabilitering. Begrepa blir ikkje alltid brukt like konsekvent, men kvardagsrehabilitering vert nytta i statlege styringsdokument som t.d Meld. st 29. På bakgrunn av dette vel gruppa også å nytta begrepet kvardagsrehabilitering.

Kvardagsrehabilitering:

Kvardagsrehabilitering er ei tidsavgrensa rehabilitering som har fokus på å meistra aktivitetar i dagleglivet. Det må vera klare mål og motiverte brukarar. Rehabiliteringa foregår i heimen og nærmiljøet til brukar, då dette er eit vant miljø, og den beste staden for å trenar opp igjen praktiske funksjonar ein treng for å klara seg heime. Opptreninga skjer ut frå kva aktivitetar brukaren ynskjer å meistra. Kvardagsrehabilitering er basert på intensiv innsats i oppstarten, og gradvis

avvikling av opptrening ettersom aktivitetsfunksjonen blir betra. Kvardagsrehabilitering kan forbygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er eit suksesskriterium. Dette kan på sikt redusera behovet for helsehjelp, bidra til auka livskvalitet og vera økonomisk besparende for kommunen (Laberg og Ness 2012, Ness m.fl 2012).

Kvardagsrehabilitering innbefattar ein kombinasjon av trening, teknologiske løysingar, endring av omgivnadar og samarbeid med pårørande. Det skal vera brukerstyring, ikkje berre medverknad. Kvardagsrehabilitering skil seg fra den rehabiliteringa som mange kommunar har i dag, som primært er knytt til ergo- og fysioterapitenesta, men erstattar den ikkje (jmf. ill.pyramide). Den skil seg og fra ordinære pleie- og omsorgstenester ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikkje blir gitt før brukaren har fått ei tverrfagleg vurdering av rehabiliteringspotensialet sitt (Ness m.fl 2012).

Kvardagsrehabilitering er ei endring som skjer i pleie-og omsorgstenesta, med hjelp av terapeutar.

6.2 Målgruppe og tildelingskriteriar

Rehabilitering skal omfatta alle som har nedsett funksjonsevne og har behov for samansett og koordinert bistand, uavhengig av art og grad av funksjonsnedsetting, årsaksforhold og alder. Dette kan vera

- ✓ utskrivingsklare brukarar fra spesialisthelsetenesta med trong for tverrfaglege tenester.
- ✓ brukarar som har funksjonsfall og som har trong for eit intensivt treningsopplegg
- ✓ brukarar som søker pleie-og omsorgstenester for fyrste gong, eller søker om fleire tenester.

Tildelingskriterier:

- ✓ Brukerane må ha eit rehabiliteringspotensiale.
- ✓ Brukaren må vera motivert og deltakande i prosessen.

6.3 Beslutningsprosess ved tildeling av tenesta

1. Brukar blir meldt fra sjukehus-/frå andre tenester i kommunen, eller kontaktar sjølv, KE/ Bestillarkontor
2. KE /Bestillarkontor kartlegg behov og henviser vidare til institusjon, kvardagsrehabilitering eller einskilde tenester.
3. Kontaktperson eller koordinator blir tildelt, evt med bistand frå KE. Prosessen med rehabilitering/kvardagsrehabilitering blir sett i gong.

6.4 Bemanning, kompetanse og tverrfagleg samarbeid

Eit av suksesskriteria for å få til rehabilitering er at kommunane har planlagt det med tilstrekkeleg og rett kompetanse. Rehabilitering krev kompetanse frå ergoterapi, fysioterapi og sjukepleie. Tverrfaglegheit er ein føresetnad for å lykkast, og yrkesgruppene må ha eit tett samarbeid (Ness m.fl 2012).

Det er ei utfordring at rehabiliteringspersonale og pleiepersonale har ulike faglege kulturar. Behov for opplæring til endra tankesett (dvs i kvardagsmeistring, som er eit førebyggjande og rehabiliterande tankesett som vektlegg den einskilde si meistring, uansett funksjonsnivå. Brukarstyring og vektlegging av den einskilde sine ressursar og deltaking står sentralt. Ein går frå pleiekultur til meistringskultur) og teamoppbygging, er difor noko som vil ta tid og krevje ressursar. Det er viktig at alle ansatte får ei felles begrepsforståing og har felles begrepsbruk, og at alle jobbar mot dei same måla. Dei som skal tildela tenester, t.d bestillarkontor, treng god opplæring for at brukarar med behov for rehabilitering får rette tenester. Difor bør ein parallelt jobba med kvardagsmeistring på tvers av einingar og tenester, for at dette skal bli ein gjennomgåande ideologi i kommunane. Ergo- og fysioterapeutane skal arbeida gjennom andre faggrupper og må ha kompetanse i vegleiing (Ness m.fl 2012).

Det bør utarbeidast ein plan for kompetanseoppbygging inkludert etiske og faglege refleksjonar. Opplæringa kan skje på ulike måtar gjennom hospitering, vidareutdanning, undervisning, studiesirkklar, kollegabasert vegleiing og kursing (Ness m.fl 2012). Lokalt tilbyr bl.a HSH vidareutdanning innan både tverrfagleg rehabilitering, velferdsteknologi og motiverande intervju.

Kvardagsrehabilitering

Mange kommunar har begrensa ressursar innan fysio-og ergoterapitenesta, men å la ansatte i heimetenesta utføra rehabiliteringsoppgåver for å løysa denne ressursmangelen, bør ein stilla spørsmål til. Då med tanke på korleis kvaliteten på rehabiliteringa blir, når oppgåvene blir utført av personell som ikkje har spesifikk fagkompetanse innanfor rehabilitering (Rambøll, 2012). I den grad ein har dårleg terapeutdekning i kommunen og har vanskar med å omfordela ressursane, vil ein difor måtte tilsette nye.

Ift bemanning har gruppa vore i kontakt med Bodø, Nome og Madla. Desse er valgt ut pga dei har etablert kvardagerehabiliteringsteam med eigne heimetrenarar, slik også gruppa anbefaler organiseringa. Ut frå tala og informasjonen dei har gitt oss, og gruppa si ressonnering ut frå leste dokument og litteratur, blir vår anbefaling at kvar samarbeidskommune bør starta opp med eit team på 2 årsverk, inkludert heimetrenarar. Sjå vedlegg 2 for nærare innblikk i kva roller og arbeidsoppgåver dei ulike yrkesgruppene kan ha.

Det bør i følgje Ness m.fl (2012) også etablerast eit samarbeid med legane. Dei er ein viktig henvisande instans, då dei har ein unik moglegheit til å identifisera innbyggjarar med byrjande funksjonsfall og endringar i helsetilstand på eit tidleg tidspunkt.

Erfaringar presiserer behov for ei klar linje fra politisk/administrativ leiing til fagleg leiing. Leiaren for kvardagsrehabiliteringsteama må følgja opp arbeidsteama og etterspørja korleis det går med den enkelte bruker; støtta og motivera i arbeidet. Etablering av kvardagsrehabilitering krev difor ei sterk og tydeleg leiing på tvers av etablerte tenestesøyler og faggrupper (Ness m.fl 2012).

Rehabilitering på institusjon

Basert på tal frå Delrapport Rehabiliteringssenger i kommunane (Helsetorgmodellen. URL), krev ei rehabiliteringsavdeling høgare pleiefaktor enn ei vanleg somatisk avdeling. Det blir antyda at kompleks spesialisert rehabilitering bør ha en pleiefaktor på 2 pr. seng, medan ei vanleg spesialisert rehabilitering kan liggja noko lågare. Pleiefaktor er 1,5 – 1,7 pr. seng. Ved kommunal rehabilitering,

er det vanleg å bruka «vanleg rehabilitering» som mal. Dette er viktig å ta med seg når ein skal planlegga rehabiliteringssenger i kommunane.

Det krev minimum 4 faggrupper med høgskuleutdanning, inklusivt legespesialist (St. prp. nr. 1 (2007–2008)). Fysioterapeut, sjukepleiar, ergoterapeut og lege er dei vanlegaste faggruppene i det tverrfaglege teamet kring brukar. Antal fysio- og ergoterapeutar blir anbefalt til 1 pr. 5 seng (ifølge Norges Fysioterapeutforbund).

6.5 Arealbehov

Kvardagsrehabilitering

Etablering av felles, fysiske møteplassar for teamet til formelle og daglege uformelle møter, oppfølging og vegleing, er naudsynt og anbefalt. Denne daglege kommunikasjon skal ikkje erstattast med beskjedar eller "gule lappar" (Kjellberg m.fl, 2011).

Rehabilitering på institusjon

Ut frå alternativa grupper har undersøkt, vil ein anten måtte nytta eigne omsorgssenter/sjukeheimar, der ein som i dag har senger til rehabilitering som er organisert i lag med ordinære institusjonsplasser, eller ein kan oppretta ei eiga rehabiliteringsavdeling. Forutsetningane for den enkelte kommune ift å lokalisera ei slik rehabiliteringsavdeling:

Kommune	Lokaler
Etne	-Planlegg ny institusjon. -Bruksendring av Skånevik sjukeheim til rehabiliteringsavdeling (må gjerast nokre omdisponeringstiltak og tilretteleggingar).
Sauda	Ledig 1 avdeling på Distriktsmedisinsk senter (må renoverast). Har terapibasseng, røntgen, laboratorium Augelege
Suldal	-Sjukeheim med moglegheit for rehabiliteringssenger for å dekkja eige behov (må renoverast). -Bjødnateigen (må renoverast).
Vindafjord	10 ledige senger i institusjon (Ølen omsorgssenter).

6.6 Organisering

Kvardagsrehabilitering

Det blir prøvd ut ulike modellar for rehabilitering i heimen både i Noreg, Sverige og Danmark (Ness m.fl 2012). Gruppen har vurdert fleire modellar og har kome fram til at ein vil utdjupe to av desse. I begge modellane er fysioterapeut/ergoterapeut/sjukepleiar motor i behandlingssopplegget, og ein har eit samarbeid med bestillarkontor/annan vurderingseining/-person.

1. Etablera tverrfagleg rehabiliteringsteam med eigne heimetrenarar:

- oppretta ny spesialisert eining/spesialteam
- heimetrenarane utfører treningsopplegget under vegleiing/i samarbeid med ansvarleg terapeut

Å ha ei eiga spesialisert eining/spesialteam, vil krevja omorganisering. Fordelen med dette er at det blir ei godt synleg endring som skjer. Dette vil kunne verka positivt inn ift å få til ei endring av praksis. Det vil vera ei tydeleg fokusendring, og det vil bli lagt til rette for å driva rehabilitering. Dette kan t.d vera at heimetrenarane får tida som trengst til å driva rehabilitering, i staden for at dei går med stoppeklokke, som i ordinær heimesjukepleie. Med eit team vil det i følgje vera lettare å få til felles møtepunkt, noko som er vesentleg ift opplæring av personell og for å få til ei haldningsendring. Det vil også vera lettare å få motiverte fagpersonar med endringsvilje, som kan spreia engasjement dersom ein har eit eige spesialisert team. Sistnemnte er også ei viktig erfaring som blir trekt fram i Nome kommune.

2. Etablera tverrfagleg rehabiliteringsteam, utan heimetrenarar:

- ordinær heimeteneste utfører treningsopplegget, under vegleiing/i samarbeid med ansvarleg terapeut

Å involvera heile heimetenesta i kvardagsrehabilitering, kontra eit spesialteam, vil vera eit ambisiøst og omfattande arbeid (Rambøll 2012). Personalsituasjonen i denne tenesta er ofte prega av mange småstillingar, vikariat og utskifting av personell. Opplæring og oppfølging vil krevja mykje meir ressursar, både frå leiarsida og økonomisk sett, fordi det er så mange individ som skal involverast til ei kvar tid. Derimot kan involvering av ei heil teneste vera ei mindre sårbar organisering, kontra å ha eit spesialteam.

Tilråding

Ut frå tilråding i rapportar og frå fagforbund, tilrår gruppa at kvardagsrehabilitering blir organisert som eit tverrfagleg team med eigne heimetrenarar, dvs modell 1. Alle kommunane bør ha sitt eige team. Dei fleste svenske og danske kommunane har starta utprøving av rehabilitering i heimen som eit prosjekt, som deretter har blitt etablert som fast ordning (Ness m. fl 2012). Prosjektperiodane varierar, men gruppa anbefalar 2 år. Kvar kommune må stilla seg spørsmål om ein skal byrja med ein del av kommunen/ei sone, for så å overføra det til resten av kommunen, eller om ein evt vil satsa på heile kommunen.

Rehabilitering på institusjon

Gruppa har sett på 3 ulike modellar:

1. Felles Rehabiliteringsavdeling for alle fire kommunar.

Gjennomsnitt på rehabiliteringssenger ift innbyggjarar i andre kommunar, omrekna til samla innbyggjartal i våre kommunar, er 12,8 senger (sjå vedlegg 1). Med utgangspunkt i at kommunane våre etablerer kvardagsrehabilitering, og at ein på den måten kan gi rehabiliteringstilbod i heimen til fleire kontra på institusjon, anbefalar gruppa ei avdeling på 10 senger. Det bør likevel vera rom for oppgradering til 12 senger, då det vil vera usikkerheit ift omfang i åra framover, pga auka antal eldre. Å samla alle rehabiliteringssenger til ei avdeling vil gje eit større volum av brukarar og betre erfaring og kompetanse. Gruppa meiner også det vil verta enklare å rekruttera naudsynt personell til ei slik avdeling og at fagmiljøet vert meir robust.

Ei ulempe med å samla alle sengene i ein kommune, er at nokre brukarar vil ha lang veg heim med tanke på moglegheit for permisjon, besøk og anna oppfølging av pårørande.

2. To og to kommunar samarbeider (Vindafjord – Etne) og (Sauda – Suldal) om felles rehabiliteringssenger.
- basert på utrekninga skildra i eksempel 1, der 10 senger er utgangspunktet, vil det utgjera avdelingar på 6 senger (Vindafjord - Etne) og 4 senger (Sauda-Suldal) øyremerka rehabilitering. Dette er så små avdelingar at dei ikkje kan driftast forsvarleg. Det betyr at ein må legge desse brukarane på ei avdeling der det er andre brukarar. Ein fordel vil vera at brukarane vert meir samla.
3. Kvar kommune nyttar eigne sjukeheimar for seg, der senger vert øyremerka rehabilitering.
-dette inneber at kommunane opprettheld nær same praksis som i dag, med å tilby brukarar med rehabiliteringspotensiale tilbod i same avdeling som brukarar med andre behov. Å ha rehabiliteringstilbod i ein vanleg sjukeheimsavdeling er ei utfordring, særskilt med tanke på kompetanse og å kunna nytta rehabiliteringsprinsipp i arbeidet. Erfaring syner at rehabiliteringsbrukarar taper i kampen med brukarar med akutte og livstruande lidningar. Basert på utrekninga skildra i eksempel 1, der 10 senger er utgangspunktet, vil kommunane Sauda, Suldal og Etne ha trong for 2 senger kvar, medan Vindafjord vil dekkja sitt behov med 4 senger.

Det er nyleg publisert ei doktorgradsavhandling av allmennlege og forskar Inger Johansen ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Studien skildrar ein effektiv rehabiliteringsmodell for eldre som treng institusjonsbasert rehabilitering i kommunane. Dersom kommunane samlar rehabiliteringsbrukarane på eigne rehabiliteringsavdelingar, kjem dei seg dobbelt så raskt tilbake til dagleglivet. Eldre brukarar oppnådde vesentleg høgare grad av sjølvstende på nesten halvparten av tida ved rehabilitering i eige kommunalt rehabiliteringssenter, samanlikna med i korttids plassar på sjukeheim. Brukarane som var rehabilitert i eigen kommunal eining trong mindre heimetjenester og var færre dagar på korttidsopphald på sjukeheim etter rehabiliteringa. Kostnadane for rehabilitering og omsorgstenester var 40% lågare i gruppa frå rehabiliteringssenteret (UiO. URL).

Tilråding

Etter ei nøye vurdering har gruppa kome fram til at modell 1 vil vera det beste alternativet for rehabilitering på institusjon, både fagleg, økonomisk og kvalitetsmessig. På institusjonen vil ein kunna utvikla eit kompetansesenter.

Interkommunalt samarbeid.

Me meiner det vil vera den beste løysinga å organisera dei 4 kvardagsrehabiliteringsteama saman med felles rehabiliteringsavdeling under same leiar. Ein vil då få eit større fagmiljø og betre kunna sikra eit saumlaust tilbod til brukarane. Ved sjukdom og anna utilsikta fråvær, vil denne modellen sikra ei meir fleksibel ressursutnytting enn dersom den einskilde kommune er åleine. Arbeidet blir anbefalt å starta som eit prosjekt. Ein vil då ha leiinga i dei fire kommunane som prosjekteigar. Det er forankra og forplikande. Resultat blir etterspurt og ein er ikkje avhengig av ei eldsjel som evt "døyr ut". Lengd på prosjektperioden vil bl.a vera avhengig av om ein må renovera bygg, men når ein ser på desse 2 tilboda samla, vil ein periode på 3 år vera hensiktsmessig, og ein god start.

6.7 Pasientforløp

For å lykkest med eit godt pasientforløp er kommunikasjon mellom spesialisthelsetenesta og kommunane svært viktig. Alle kommunar i Helse Fonna området har ein tenesteavtale; tenesteavtale 2: «*Samarbeid om ansvar- og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering og rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester*». For somatiske pasientar er dette regla i tenesteavtale 5.

I avtalen er oppgåver og ansvar mellom kommunar og spesialisthelsetenesta definert (Helse-fonna. URL).

Følgjande bør inngå i eit pasientforløp innan rehabilitering i dei enkelte kommunane:

Pasientforløpet skal vera saumlaust (koordinert og prega av samhandling) og ha gode overgangar mellom nivåa (gode ambulante tenester og dokumentasjon ved overføring). Pasientar som er meldt frå spesialisthelsetenesta med behov for rehabilitering, skal via KE/ bestillerkontor få tildelt koordinator som skal sikre samordning og informasjonsflyt til/frå spesialisthelsetenesta, for å kunna jobba mest mogleg effektivt. Det skal utførast ei kartlegging av brukar og kva rehabilitering det er behov for. For å få ei heilskapleg tenking skal alle kommunar ta i bruk ICF (internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse). Det må bli avklart om kommunen har naudsynt kompetanse til å ta imot brukar, eller om brukar skal få rehabilitering i spesialisthelsetenesta (t.d i slageininga før brukar bli overført til kommunen). Med andre ord: Rett behandling til rett tid på rett stad. Tilbodet (dvs ressursar og kapasitet), må stå ift behovet. Det skal bli avklart med brukar om han ynskjer Individuell plan. Aktiv brukarmedverknad er svært viktig, både på individ-og systemnivå (St. prp. nr. 1, 2007–2008 og Helsedirektoratet, 2012).

I alle våre fire kommunar i dag er pasientforløpet ift rehabilitering meir eller mindre prega av tilfeldigheter. Dette dreiar seg t.d om kvar brukar blir meldt, når han blir meldt, om han blir meldt i tide, kva tenester som bli involvert i rehabiliteringsforløpet, oppfølging, evaluering m.m. Fagområdet er prega av ei organisering som ikkje utnyttar eksisterande kompetanse godt nok. Utfordringa er å få struktur og rutinar i rehabiliteringsforløpet, eit betre tverrfagleg samarbeid med rehabiliteringsfokus og kvardagsmeistring som tankesett på tvers av einingane, og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet.

6.8 Økonomi

Kvardagsrehabilitering:

For å få på plass eit godt rehabiliteringsteam er ein samansetting av ulike faggrupper avgjerande. Kvar kommune har ulik dekning på dei ulike faggruppene, og rehabiliteringsteama vil evt kunna bli ulikt samansett.

Årslønns oversikt: (tal frå Vindafjord kommune)

Ergoterapeut: 530.000 kr

Fysioterapeut 363.000 kr (530.000 kr minus refusjon 167.000 kr)

Rehab.spl/ spl: 433. 300

Heimetrenerar: 361.900

Kostnadane vil ikkje være så ulike på alternativ 1 og 2 (sjå kap 6.6). Gruppa anbefaler alternativ 1, då innføring og moglegheita for å lukkast vil være størst ved dette alternativet. Gruppa anbefaler å starta opp med eit team på 2 årsverk, inkl. heimetrenerar. Eit eksempel vil vera: 50% fysio + 50% ergo + 20% spl + 80% heimetrenerar = 533.160 kr/året, med lån av heimetrenerar frå pleie og omsorg. Med velfungerande team vil ein få ei avlastning av heimetenesta, og eit lån av personal kan forsvarast. Dette kan derimot visa seg å vera ein skjør variant. Kommunane me har vore i kontakt med, har alle etter ei tid auka opp prosentane i teamet pga aukande brukargruppe.

I ein oppstartsfasen av kvardagsrehabilitering vil ein måtte påberekna tid og kostnadar til kurs, vegleiing og innføring av ny måte å jobbe på. Eit team vil trengje bil for å kome seg rundt til brukarane.

Fleire norske kommunar har søkt om midlar gjennom Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsmidlar, Husbanken, og Fylkesmannen sitt tilskot til omstilling og utvikling i denne fasen. Det kan nevntast at Fredericia før oppstart av prosjekt kvardagsrehabilitering lånte midlar til prosjektleiing og naudsynt terapeutkompetanse (Ness m.fl, 2012), så dette kan også vera ei løysing.

Studiar konkluderar med at det er økonomisk lønnsamt for kommunane å tilsetje faggrupper med høgare utdanning, som ergoterapeut, fysioterapeut og spesialsjukepleiar. Desse kan i større grad vurdera innbyggjarane sine behov og stilla relevante krav til meistring. Ei omorganisering av dei få ergo- og fysioterapeutressursane ein kommune disponerer er ikkje å anbefala, då det vil gå på bekostning av andre tenester som fremjar sjølvstende og meistring (Ness m.fl, 2012).

Alle kommunane som har starta opp viser til positive ringverknadar; betre kvalitet på rehabiliteringstilbodet, betre resultat hjå brukarar etter rehabilitering, nøgde brukarar, mindre behov for heimetenester og utsett behov for kommunale bustader og institusjonsplassar. Desse ringverknadane gir også meir tenester for pengane, og på sikt økonomisk sparing.

Fredericia kommune kan visa til gode resultat og dokumentera effekt av kvardagsrehabilitering. Etter 2 års drift er 404 brukere inkludert. Av desse har 45% avslutta sine tenester heilt, 40% avslutta delvis og 15% oppretthaldt tenestebehov som før. Ei økonomisk evaluering viser ei besparing på 13 mill. årleg, noko som tilseier 13,9% pr brukar i heimetenesta (Ergoterapeutene.URL).

I Odense kommune har dei gjennomført "Trøning som hjelp". Dansk Sundhedsinstitut har evaluert tilbodet deira, og tala viser at 40 % av nye brukarar som har etterspurt hjelp til praktisk bistand og/eller personleg pleie har fått tilbod om "Trøning som hjelp". Av dei som er avslutta er 47 % blitt heilt sjølvhjelpne, og 42 % av desse er over 80 år. Dei som framleis har behov for hjelp etter treningsforløpet, klarer likevel fleire oppgåver i kvardagen enn før dei starta. Effekten som "Trøning som hjelp" forløpet gir, er estimert til ei årleg besparing på 30 millionar kroner (Kvardagsrehabilitering (b). URL)

Østersund kommune i Sverige, som var først ute med kvardagsrehabilitering i 1999, har også funne ut at kvardagsrehabilitering er lønnsamt ift brukaren sin livskvalitet, men og for kommunen sin

økonomi. Generelt kan fleire kommunar i Sverige visa til gode resultat (Kvardagsrehabilitering (b). URL)

Madla bydel opplyser om at dei har så gode resultat, spesielt ift auka livskvalitet, at det er uetisk å la vera å tilby kvardagsrehabilitering.

Rehabilitering på institusjon

Prislappen på ein felles rehabiliteringsavdeling for alle 4 kommunane (alternativ 3, sjå kap 6.6): 800.000 – 1,2 mill kr x 10 senger = 10 -12 mill kr (utrekning basert på tal frå Vindafjord kommune og sjukeheimsdrift der). Prisen vil nok ligge i det øvre sjiktet, pga tyngre kompetanse enn i ein sjukeheimsavdeling. Det vil forekomma ulik kostnad på renovering og ferdigstillinga av ein avdeling alt etter kvar ein slik avdeling blir lagt til.

Ein måte å finansiera ei felles rehabiliteringsavdeling vil vera å leggja ned det antal plasser den enkelte kommune vil trenge i ei slik avdeling. For å få ei tenleg og effektiv drift bør kommunane binda seg til å sende sine rehabiliteringsbrukarar til avdelinga. Dette sikrar økonomi, gir større brukargrunnlag, meir erfaring og kunnskap sjå personalgruppa, betre kvalitet på tenesta og godt omdøme.

Å leggja avdelinga til ei anna døgndrift der ein kan dele på personal på natt og helg vil og vera gunstig. Felles leiing med rehabiliteringsteama i kommunane vil og gi sikrare overgong til heim, og vil mogleg kunne hindra re-innleggingar.

Det er dokumentasjon på at kostnadane på rehabiliterings- og omsorgstenester er 40% lågare der brukarane får opphald i ein ei rehabiliteringsavdeling kontra korttidsplasser på sjukeheim (UiO. URL).

Alternativa som tidligare er skisserte (alternativ 2 og 3, kap 6.6) har litt ulik prislapp. Desse alternativa gir ikkje nok brukarar til å starta opp ei hensiktsmessige rehabiliteringsavdelingar. Dei vil ha lik kostnad som ein sjukeheimsavdeling som ligg litt lågare i driftsutgifter enn ein større spesialisert avdeling, då desse sengene vil bli innlemma i eksisterande avdelingar. Om kommunane fortset kursen slik dei gjer i dag, vil ein ikkje få dei positive gevinstane som ein får om ein vel alternativ 1.

6.9 Samarbeid med brukargrupper og frivillige organisasjonar

Samhandlingsreforma legg vekt på at kvart enkelt menneske sjølv må ta ansvar for eiga helse, og at brukarar og brukarorganisasjonane aktivt kan hjelpa til med å skapa eit heilheitleg pasientforløp. Dei kommunale helse- og omsorgstenestane er ein del av lokalsamfunnet, og denne tenesta må organiserast inn mot brukar, familie og frivillige. (St.meld 47, 2008-2009, Meld. st. 29, 2012-2013)

Det er sett i gong eit prosjekt for å utvikla og styrka innovative frivillighetstiltak i kommunane. Frivillighet Norge skal i tillegg utvikla eit informasjonsopplegg som skal motivera kommunar til å setja i gong politiske prosessar som fører fram til ei heilheitleg frivilligheitspolitikk. Ein tett dialog med lokale organisasjonar vil vera eit viktig grunnprinsipp. På Frivillighet Norge si nettside blir informasjon oppdatert om gode eksempel på lokalt samarbeid mellom kommunar og frivilligsektor. Hensikta er å

formidla verdien av ein god og heilhetlig frivilligheitspolitikk (Frivilligheit Noreg. URL). Frivilligsentralane rekrutterar og organiserar folk som vanligvis ikkje deltek i det tradisjonelle organisasjonslivet, og er difor ein viktig samarbeidspart for kommunane. Frivilligsentralane har erfaring og kompetanse knytta til å vere eit bindeledd og kontaktpunkt mellom det offentlege og frivillege lag og foreiningar, og mellom frivillege og dei som har behov for frivillig innsats.

Kommunane på Haugalandet og stiftelsen Polytec har sett i gong eit nytt forskingsprosjekt. Prosjektet skal undersøkje kor vidt frivillege organisasjonar på Haugalandet kan vera med å møte eldrebølgga, og kva for oppgåver det kan vere hensiktsmessig å overlata til frivillege (Haugesunds avis. URL). Dette kan vera informasjon som også kan vera overførbare til våre kommunar etter kvart.

Når det gjeld rehabiliteringspasientar kan ein ha nytte av å samarbeida med frisklivssentralen i kommunen. Også der ser ein på deltakaren si meistring og ressursar, og byggjer arbeidet/måla rundt dette. Arendal kommune har erfaring med at dei som driv med desse to brukargruppene kan dra nytte av kvarandre og den kompetanse den enkelte har, men dei har ikkje organisert det under same eining .

Samhandlingsreforma seier noko om at å betre samspelet med familie og pårørande er viktig. Kommunen skal stå for ei koordinerande rolle i brukaren sitt liv, mens pårørande skal ha ei støttande rolle (St.meld 47, 2008-2009). For å få til eit godt rehabiliteringsforløp er det avgjerande å kunne oppretta eit godt samarbeid med pårørande. Pårørande kan bidra med aktiv omsorg og førebyggjande tiltak som t.d. besøk og motivasjon, fjerne fallfeller i heimen, hjelpe til med trening og daglege gjeremål. For nokre brukarar er det avgjerande at pårørande hjelper dei med ein del oppgåver som dei ikkje klarer sjølv.

6.10 Synergieffekt ved interkommunalt samarbeid

Kvardagsrehabilitering:

Ei prosjektorganisering av kvardagsrehabilitering vil verka positivt inn på tilbodet til brukarane. Moglegheita for betre tverrfagleg kompetanse blir større med ei slik organisering. Det er også lettare å rekruttera til større fagmiljø. Denne organiseringa gjer at fagressursane kan nyttast meir fleksibelt.

Sjølv om tilnærminga med kvardagsrehabilitering særskilt er omtala ift eldre, er tilsvarende prinsipp aktuelle for yngre menneske og. Ein byggjer dermed opp eit tilbod for alle aldersgrupper.

Rehabilitering på institusjon:

Synergieffekten ein oppnår innan dette feltet vil vera av både fagleg og økonomisk karakter, jmf doktorgradsavhandlinga til Inger Johnsen (UiO. URL). Ei felles rehabiliteringsavdeling vil leggja tilrette for at fagfolk får jobba i gode, større og inspirerande fagmiljø. Arbeid med rekruttering av fagfolk vil difor også bli enklare. Dersom ein kan kombinera ein rehabiliteringsavdeling med ei anna avdeling kan ein samarbeida om t.d. felles nattevakt, noko som vil vera økonomisk gunstig. For brukarane vil ein oppnå fordelar som kortare liggetid og smidigare overgang til heimen.

7. Telemedisin

Alle kommunane i det interkommunale samarbeidet har anten installert og tatt i bruk utstyr til å knytte seg opp til helsenettet for å kunne nytte seg av telemedisin, eller det er vedteke innkjøp av dette. Ift rehabilitering og kvardagsrehabilitering kan denne kommunikasjonsmåten nyttast i undersøking, behandling og oppfølging av pasientar. Det er eit godt verktøy til bruk for å betra kommunikasjon og samhandling kring pasientar, mellom personal både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesta. Nokre kommunar har allereide god erfaring med å ha utskrivs-, planleggings- og samarbeidsmøter via videokonferanseutstyr.

Telemedisin kan også nyttast i opplæring av pasientar og personal. I og med at kommunane får større ansvar for rehabilitering, blir det desto meir aktuelt å henta inn kompetanse frå sjukehusa og større og spesialiserte einingar som t.d Lassa og Sunnaas. Dersom det vert interkommunalt samarbeid kring rehabilitering, kan ein også betre nytta seg av kompetansen som finst lokalt, og dele denne innad i samhandlande kommunar. Kurs og gruppebaserte samlinger, der ein kan undervisa brukar- eller personalgrupper, kan vera særst aktuelt, men også opplæring ein-til-ein. Hjelpemiddelsentralane i Bergen og Stavanger er andre aktuelle samarbeidspartnarar ift kurs/opplæring.

I tillegg til at kommunane får fleire moglegheiter når det gjeld kompetanseheving og -deling, vil bruk av telemedisin kunna sikra betre overgangar for brukarar mellom ulike tenester, noko som vil gi tryggleik til brukarane og helsepersonell. Ein vil betre kunne følgje opp brukarar ute i distrikta, og kommunane kan spare reisetid og –utgifter. Ein vil også enklere kunne få hjelp av tolk.

8. Konklusjon

Det blir fleire eldre, og det blir færre helse- og omsorgspersonal. Etter samhandlingsreforma er det blitt eit auka press på kommunale helse- og velferdstenester. Slik kommunane våre organiserer og gir tenestene sine nå, hjelper me brukarar til hjelpesløyse. Er det eit alternativ å fortsetja slik? Konsekvensen kan verta at terskelen for å få tildelt tenester blir så høg og funksjonsnivået til brukar blir så lågt at rehabiliteringspotensialet ikkje lenger er tilstades. Dette er kan i verste fall føra til at kvaliteten på tenestene og ressursbruken nærast havarerer. Noko må gjerast; me må tenka annleis.

Først og fremst bør helsefremjing og kvardagsmeistring vera grunnlag for alle tenester, for alle mottakarar av kommunale helse –og omsorgstenester. Dette krev at ein jobbar med kvardagsmeistring på tvers av einingar og tenester, for at dette skal bli ein gjennomgåande ideologi.

Brukarar som søker heimetenester, som har eit funksjonfall, eller som har eit rehabiliteringsbehov, bør ein først vurdere å gi eit tilbod til i heimen. Brukar sine mål må vera førande, og brukar skal vera delaktig i heile prosessen, dvs i sitt eige liv. Dette er kvardagsrehabilitering, og det er dokumentert at det gir betre kvalitet på tenestene, meir nøgde brukarar, meir nøgde tenesteytarar, og det er mest økonomisk lønnsamt. Dette er ein måte å jobba med tidleg intervensjon og forebygging, som på sikt vil gi gevinstar for kommunane. Ut frå tilråding frå andre kommunar, fagforbund og rapportar, tilrår gruppa at kvardagsrehabilitering blir organisert som eit tverrfagleg team med eigne heimetrenarar.

Alle kommunane bør ha sitt eige team, og kvardagsrehabilitering bør innførast som prosjekt, då dette er ein suksessfaktor. Å ha felles prosjektleiing for alle 4 kommunane kan vera ei god løysing.

Nokre brukarar har behov for rehabiliteringstenester som ikkje kan ivaretakast i heimen, og treng rehabilitering på kommunal institusjon. Gruppa anbefalar at kommunane samarbeider om i ei samla spesialisert rehabiliteringsavdeling. Å ha ei eiga rehabiliteringsavdeling vil bl.a kunna hjelpa brukarane dobbelt så raskt tilbake til dagleglivet, og gi dei høgare grad av sjølvstende samanlikna med å nytta korttids plassar på sjukeheim til rehabilitering. Det vil også gi færre dagar på institusjon og mindre trong for heimesjukepleie etter rehabiliteringsopphald.

Gruppa meiner den beste løysinga er å organisera dei fire kvardagsrehabiliteringsteama saman med felles rehabiliteringsavdeling, under same leiar. Ein vil då få eit større fagmiljø og kunna sikra eit betre pasientforløp og saumlaust tilbod til brukarane. Denne modellen sikrar også ei meir fleksibel ressursutnytting enn dersom den einskilde kommune er åleine. Ein prosjektperiode på 3 år kan vera ein god måte og start å innføra endringa på.

Rehabilitering krev kvalifisert kompetanse. Noko ressursar kan ein omorganisera, men då dei fleste kommunane våre har dårleg terapeutdekning, vil ein måtte tilsette nye. Dette for at det ikkje skal gå på bekostning av andre tenester som fremjar sjølvstende og meistring. Det er økonomisk lønnsamt for kommunane å ansetja faggrupper med høgare utdanning.

Ved å etablere kvardagsrehabiliteringsteam i kvar kommune, og ei felles rehabiliteringavdeling for våre fire samarbeids-kommunar, meiner gruppa at ein oppfyller formålet med prosjektet ift dette fagtemaet; ein utviklar fagleg robuste tilbod til brukarar og fagleg utfordrande arbeidsplasser, på ein slik måte at ressursane blir best mogleg utnytta. Desse løysingane vil vera til det beste for innbyggjarane og tenesteutøvarane, og vil gi den beste økonomiske gevinsten for kvar enkelt kommune.

Så då er spørsmålet: NÅR skal ein byrja å gjera noko?

9. Referansar

Aksdal, Jostein v/analysegruppen (2012). *Styringsdata og samhandlingsstatistikk*. Powerpoint-presentasjon til toppleiarforum 04.10.12.

Ergoterapeutene. URL: <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Fredericiamodellen> (lesedato: 19.06.13)

Frivillighet Noreg. URL: <http://www.frivillighetnorge.no/> (Lesedato: 26.06.13)

Haugesunds avis .URL: <http://www.h-avis.no/nyheter/omsorg-i-de-frivilliges-hender-1.7724076> (Lesedato: 26.06.13)

Helsedirektoratet (2012): *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. Rapport, februar 2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet.pdf> (Lesedato: 26.06.13)

Helse Fonna. URL: <http://helse-fonna.no/fagfolk/samhandling/Sider/samarbeidsavtaler.aspx>

Helsetorgmodellen. URL: <http://www.helsetorgmodellen.net/wp-content/uploads/2012/11/RAPPORT-REHABILITERING-ODDA.pdf> (Lesedato: 29.06.13)

Kjellberg, Pia Kürstein m.fl. 2011. *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. Notat, Dansk Sundhedsinstitut, september 2011. Tilgjengelig fra: http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=286&project_id=3333&type=book_whole (Lesedato: 26.06.13)

Kvardagsrehabilitering (a). *Felles presentasjon*. URL: <https://www.facebook.com/groups/441685639191444/631348513558488/> (lesedato 01.06.13)

Kvardagsrehabilitering (b). *Rapport frå Malvik kommune*. URL: <https://www.facebook.com/groups/441685639191444/661684980524841/> (lesedato 19.06.13)

Laberg, Torhild og Nils Erik Ness (2012): *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.

LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Ikrafttredelse 2012-01-01. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20110624-030.html> (lesedato 26.06.13)

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> (lesedato 26.06.13)

Ness, Nils Erik, m.fl. (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport ved prosjektgruppe "hverdagsrehabilitering i Norge". Ergoterapeutene, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund 28.09.12. Tilgjengeleg frå <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering> (lesedato 26.06.13)

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Tilgjengeleg frå <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf> (lesedato 26.06.13)

Rambøll (2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Oppdrag for Helsedirektoratet. Tilgjengeleg frå: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-rehabilitering-i-kommunene-erfaringer-med-tilbud-gitt-i-pasientens-hjemvante-miljo/Publikasjoner/Unders%C3%B8kelse%20om%20rehabilitering%20i%20kommunene_erfaringer%20med%20tilbud%20gitt%20i%20pasientens%20hjemvante%20milj%C3%B8.pdf (lesedato 26.06.13)

Meld. St.29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Tilgjengeleg frå:

<http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf> (lesedato 26.06.13)

SSB (Statistisk sentralbyrå). *Tabell 13, Folkemengd, etter kjønn, alder og kommune. 1.januar 2013. Rogaland, og Tabell 14, Folkemengd, etter kjønn, alder og kommune. 1.januar 2013. Hordaland*

St.meld. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

St. prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9, særtrykk. 2007-2008. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)*. Tilgjengeleg frå:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776> (Lesedato 26.06.13)

UiO: institutt for helse og samfunn. URL:

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2013/johansen-inger.html> (Lesedato 26.06.13)

Vedlegg 1

Kommune	antal innbyggjarar	antal rehab. senger	Antal seng pr innbyggjar
Stord	18 161	5	1 seng pr. 3632
Odda	6988	8	1 seng pr. 873
Til saman	25 149	15	1 seng pr. 1 676 innbyggjarar
Ut frå gjennomsnitt i Stord og Odda:			
Behov for våre 4 kommunar	21 472	12,8	1 seng pr.1676

Spesifisering av behov antal senger for kvar kommune (ut frå resultat i tabellen over):

Kommune	Antall innbyggjarar	Antall seng pr innbyggjarar
Vindafjord	8615	5,1
Etne	4040	2,4
Sauda	4745	2,8
Suldal	3872	2,3

Vedlegg 2

Samansetjing av arbeidsteam (Ness m.fl 2012)

Samtlege danske og svenske prosjektrapportar og studiar inkluderar ergoterapeutar og fysioterapeutar i kvardagsrehabilitering. Desse blir skildra som nøkkelpersonal eller ”motorer”, som leiar den initierenda kartlegginga, rehabiliteringsplan og vegleiing av heimetrenarar. Sjukepleiarar kan også vera «motor», og det er innbyggjaren si type problemstilling som avgjer kven som får denne rolla. Til dømes er det naturleg at fysioterapeut er tettare på oppfølginga når det er eit rørsleproblem, ergoterapeuten når det er et ADL-problem eller kognitivt problem, og sjukepleiar når det er problem med kosthald eller sårstell. Norske prosjekt har og inkludert aktivitør, hjelpepleiar og vernepleiar.

Yrkesgruppe	Roller og arbeidsoppgaver:
Felles for sjukepleiarar, fysioterapeutar og ergoterapeutar	<ul style="list-style-type: none">• Vurderer rehabiliteringspotensial og utarbeider mål og plan saman med brukaren og samarbeidspartnarar• Kartlegg brukaren sine fysiske, psykiske og sosiale ressursar• Leier og koordinerar rehabiliteringsforløp• Vegleiing og instruksjon av andre faggrupper• Oppfølging, effektmåling og justering av mål og tiltak• Dokumentasjon, skildring og evaluering av brukarforløp
Ergoterapeut	<ul style="list-style-type: none">• Kartlegg bruker sine aktivitetsønsker (COPM) og ADL-funksjon• Utfører aktivitetsanalysar• Tilrettelegg og set i gong trening av kvardagsaktivitetar, (fritid og ADL) i tråd med oppsette mål• Vurderar behov for tilrettelegging (hjelpemiddel, boligendringar og velferdsteknologi), instruksjon og oppfølging i bruken av desse• Bidrar til innsikt og meistring av eigen situasjon hjå brukar og pårørande
Fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none">• Kartlegg brukeren sin rørslefunksjon og korleis det påvirkar kvardagsaktivitetar• Vurderar behov for rørslehjelpemiddel, og instruerar i bruken• Set i gong individuelt tilpassa trening for å betra brukar sine forutsetningar og nå dei oppsette måla.• Bidrar til innsikt og meistring av eigen situasjon hjå brukar og pårørande
Sjukepleiar i rehabilitering	<ul style="list-style-type: none">• Assisterar til meistring av eige liv• Ivaretek grunnleggjande behov• Bidreg til tryggleik, tillit og velvære.• Håndterar komplekse medisinske tilfelle• Bidreg til innsikt og meistring av eigen situasjon hjå brukar og

	<p>pårørande</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opprettheld best mogleg helse og velvære
<p>Heimetrenar (eks helsefagarbeidar, omsorgsarbeidar, heimehjelpar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jobbar under vegleiiing av ergoterapeut, fysioterapeut og/eller sjukepleiar med rehabiliteringskompetanse • Arbeidar rehabiliterande med fokus på hjelp til sjølvhjelp • Motiverar brukarar til å ta del i trening • Medvirkar til dokumentasjon av trening og funksjonsendring