



MALVIK
KOMMUNE

www.malvik.kommune.no

HVERDAGSREHABILITERING



Mestring av
dagliglivets
aktiviteter

Sammendrag

En tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe i Malvik kommune, bestående av hjelpepleier, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut fikk vinteren 2012 et mandat til å starte et prosjekt for å utvikle en prosjektplan for hvordan hverdagsrehabilitering kan innføres og implementeres i kommunen. Målet er å innføre hverdagsrehabilitering som en tverrfaglig arbeidsmetode for tidlig innsats. Prosjektet er finansiert med kr. 300 000 fra Helsedirektoratet.

På bakgrunn av de demografiske utfordringene med flere eldre innbyggere og i tråd med samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven ønsker Malvik kommune og ha mer fokus på tiltak i forhold til helsefremmende arbeid, forebygging og tidlig intervensjon. Malvik kommune ønsker å sikre effektive, rehabiliterende forløp til brukere som har et rehabiliteringspotensiale. Kommunen ser at etablering av hverdagsrehabilitering kan være med på å gjøre det mulig å oppfylle kommunens lovmessige forpliktelser.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem. Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, bor hjemme med verdighet og mestrer de hverdagslige oppgavene selv. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten og gradvis avvikling av opptrening ettersom aktivitetsfunksjonen bedres. Den tar utgangspunkt i brukerens ønsker for aktivitet i egen hverdag. Hverdagsrehabilitering kan forbygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium. Dette kan på sikt redusere behovet for helsehjelp, bidra til økt livskvalitet og være økonomisk besparende for kommunen(1).

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor vil arbeidsgruppa anbefale at Malvik kommune starter opp med tilbud om hverdagsrehabilitering til nye brukere som søker kommunal helsehjelp/praktisk bistand i hjemmet. I utgangspunktet er dette et tilbud til eldre, selv om en nedre aldersgrense ikke er klart definert. Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes et tverrfaglig team som arbeider med hverdagsrehabilitering. Dette teamet bør bestå av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og en eller flere fra hjemmesykepleien eller andre yrkesgrupper som tjener formålet. En god organisering av tjenesten er helt avgjørende for å få en god start, og derfor anbefales det å ansette en prosjektleder i minst 50 % i fase 1 og 2. Fase 1 er planlegging og forberedelse før oppstart og fase 2 er når tilbudet om hverdagsrehabilitering iverksettes.

Hele prosjektperioden er fra 1. april 2013 til 31. desember 2014.

Prosjektrapporten er utarbeidet i mars 2013 av arbeidsgruppa bestående av:

Ergoterapeut Camilla Knutsen (prosjektleder)

Fysioterapeut Rannei Sæther

Hjelpepleier Liv Stamnes

Sykepleier Helene Haglund

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Prosjektrapporten er utarbeidet i mars 2013 av arbeidsgruppa bestående av:	1
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Kort om Malvik kommune	4
1.3 Lokale styringsdokumenter - verdier, mål og strategier	5
1.4 Andre relevante tiltak og prosjekter.....	6
1.4.1 Etablering av koordinerende enhet	6
1.4.2 Folkehelse, arealforvaltning og universell utforming	6
1.4.3 Interkommunalt samarbeid bl.a. med satsning innen velferdsteknologi	6
1.4.4 Samarbeid med Betania Malvik	6
1.4.5 Etisk refleksjon	6
1.5 Dagens utfordringsbilde	7
2.0 Om prosjektet	7
2.1 Mål og mandat	7
2.1.1 Mandat	7
2.2 Prosjektorganisering	8
2.3 Prosjektperiode, ressursinnsats, avgrensning og hovedaktiviteter	8
2.3.1 Prosjektperiode	8
2.3.2 Ressursinnsats	8
2.3.3 Avgrensning	8
2.3.4 Hovedaktiviteter i prosjektperioden	8
3.0 Teori og metode	10
3.1 Hva er hverdagsrehabilitering?	10
3.2 Hverdagsmestring – tankesett og arbeidsform.....	11
3.3 Erfaringer fra andre land og kommuner.....	11
3.3.1 Sverige	11
3.3.2 Danmark	11
3.3.3 Norge	12
3.4 Tilgjengelig forskning	12
4.0 Hvordan innføre hverdagsrehabilitering i Malvik kommune? Arbeidsgruppas anbefalinger .	12
4.1 Bygge ny kultur - felles tankesett og arbeidsform	12
4.2 Forslag til målgruppe og kriterier	13
4.2.1 Definere utvalg av brukere	13
4.2.2 Kriterier for å få tilbud om hverdagsrehabilitering.....	13

4.2.2	Ekkluderingskriterier	13
4.3	Kartlegging - anbefalt metode	13
4.4	Etablering av tverrfaglig team og hjemmetrenere	14
4.4.1	Arbeidsområdene til det tverrfaglige teamet.....	14
4.4.2	Etablering av tverrfaglig team	16
4.5	Vedtak	16
4.6	Fase 1: Planleggings- og forberedelsesfase	17
4.7	Fase 2: Iverksette tilbud om hverdagsrehabilitering.....	17
4.8	Kompetanseheving.....	17
4.9	Samarbeidspartnere	17
4.9.1	Koordinerende enhet	18
4.9.2	Hjemmesykepleien	18
4.9.3	Fastlege	18
4.9.4	Pårørende	18
4.9.5	Aktivitets og kulturarbeiderene	18
4.9.6	Betania Malvik	19
4.10	Brukerdokumentasjon.....	19
4.11	Samarbeid med relevante forskningsmiljø.....	19
5.0	Oppsummering	19
	Litteraturliste.....	20

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Innen år 2040 vil det være dobbelt så mange eldre over 80 år i Norge, og parallelt vil tilgangen på helsepersonell og frivillige omsorgsytere reduseres. Det betyr at helse- og velferdstjenestene i kommunene vil få langt større utfordringer for å kunne opprettholde dagens tjenestetilbud(1)(2).

I tillegg har norske kommuner gjennom samhandlingsreformen og ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov fått et tydeligere og større ansvar i å styrke innsatsen innen forebygging og tidlig intervensjon. Framover skal helsetjenesten vektlegge forebygging framfor reparasjon, tidlig innsats framfor sen innsats og samarbeidet mellom ulike ledd i helsetjenesten skal styrkes. Større del av helsetjenestene skal flyttes nærmere der folk bor og brukervedvirkning skal vektlegges. For å imøtekomme økt ansvar må kommunen samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok til å ta i mot nye arbeidsoppgaver, samt jobbe systematisk for og bedre innbyggernes kunnskap, evne og mulighet til å ta ansvar for eget liv og helse. Dette krever holdningsendring, samstemthet og god tverrfaglig samhandling(3).

Hverdagsrehabilitering har fått stor oppmerksomhet da den beskrives som en egnet tverrfaglig arbeidsmetode for å imøtekomme kommunens lovmessige forpliktelser, og fremtidens demografiske utvikling med flere eldre(2). Mye av oppmerksomheten hverdagsrehabilitering har fått er på grunn av gode erfaringer og resultater. Fredericia kommune i Danmark har hatt ved innføring av hverdagsrehabilitering. Fredericia har vært en foregangskommune i forhold til og systematisk arbeide med å utvikle, utprøve og evaluere hverdagsrehabilitering som en tverrfaglig arbeidsmodell med ansatte i hjemmesykepleien, fysioterapeut og ergoterapeut(4).

I 2012 startet Norsk ergoterapeutforbund prosjektet ” Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner” med mål om å stimulere kommuner til å etablere hverdagsrehabilitering, slik at innbyggere med funksjonsbegrensning kan oppleve aktiv deltakelse. Flere norske kommuner har kommet i gang med hverdagsrehabilitering(5).

1.2 Kort om Malvik kommune

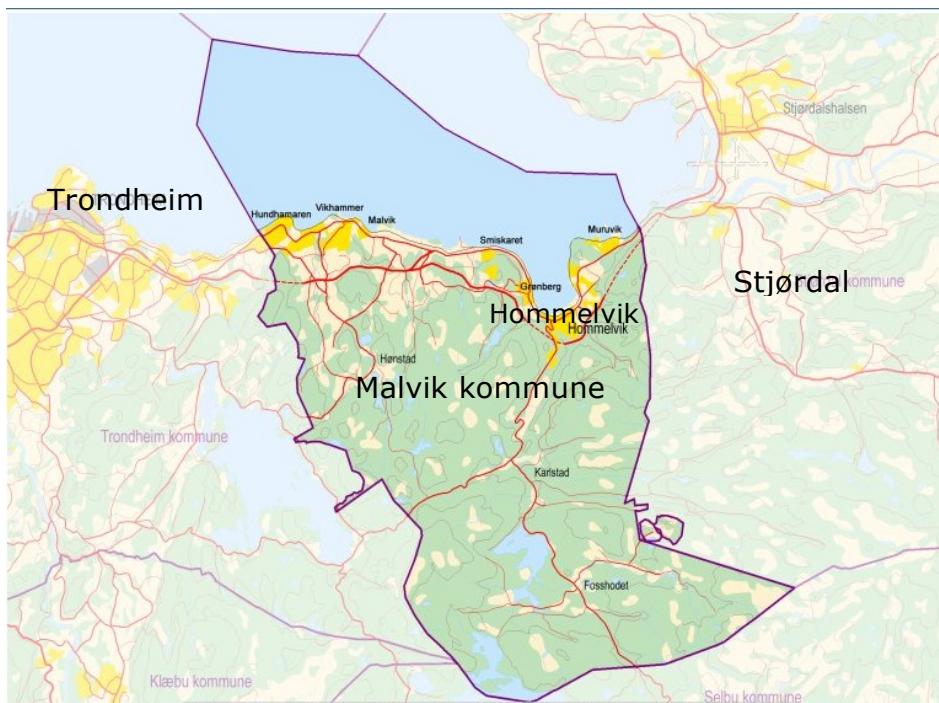
Malvik kommune ligger i Sør – Trøndelag og er sentralt plassert mellom to store kommuner, Trondheim i vest og Stjørdal i øst. Malvik kommune er 168,56 km² stor. I første kvartal i 2013 var det registrert 13.193 innbyggere i Malvik kommune. En oversikt viser at antall eldre mellom 67 – 79 år utgjør 7,2 % av kommunens befolkning mot 8,7 % av landsgjennomsnittet. Antall eldre over 80 år utgjør 2,8 % av kommunens befolkning mot 4,4 % av landsgjennomsnittet. Sammenlignet med landsgjennomsnittet har Malvik en ”yngre” befolkning. Andelen eldre i Malvik kommune vil øke i kommende år og det forventes ca. 17 % eldre over 67 år i 2030(6).

Kommunen har god infrastruktur og gode kommunikasjonsmuligheter, med kort avstand til flyplass, jernbane og ny E6 gjennom kommunen. Tettstedene i Malvik er Sveberg, Hommelvik og Vikhammer, men det er også mye spredt bebyggelse utover distriktet i store deler av kommunen. Utbyggingen i Svebergmarka og på Hommelvik Sjøside har også kommet godt i gang, og har stor betydning for framtidig utvikling i Malvik(6). Film om Malvik kommune er tilgjengelig på kommunens hjemmesider(7).

Administrasjonssenteret i Malvik ligger i Hommelvik. Hjemmesykepleien i kommunen har sine lokaler på Hommelvik bo- og servicesenter og administreres derfra. Hjemmesykepleien

har 40 årsverk som direkte jobber ute i tjenesten. Kommunal fysioterapeut og ergoterapeut som jobber med voksne er organisert under Helse og aktivitet er også stasjonert på Hommelvik bo- og servicesenter. Virksomheten har 1 årsverk ergoterapi og 2,6 årsverk fysioterapi, i tillegg 100 % fysioterapeut i turnustjeneste.

Malvik kommune har vedtatt ny omsorgsmodell med bygging av nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger innen 2015. Eksisterende sykehjem skal avvikles og det er forventet at byggingen av det nye starter opp i 2013. Utbyggingen gjelder 76 boenheter som skal knyttes til dagens bo - og servicesentre i Hommelvik og på Vikhammer(6).



1.3 Lokale styringsdokumenter - verdier, mål og strategier

Malvik kommunes organisasjon er tuftet på følgende verdier;

”Åpen, nyskapende & samhandlende”(8).

Dette betyr at gjennom intern og ekstern dialog skal ansatte etablere en felles forståelse og aksept for kvalitet og omfang på kommunens ytelser. Gjennom å dele kunnskap og innsikt i hverandres oppgaver, der respekt og tillit står i fokus legges et godt grunnlag for å utøve nyskapende og helhetlig samfunnsutvikling lokalt og regionalt(9).

Et sentralt mål i kommunens samfunnsdel er at kommunen skal være en pådriver i helhetlig og fremtidsrettet samfunnsplanlegging. Det skal legges vekt på universell utforming og helsefremmende tiltak. Innbyggerne skal ha tilgang til relevant informasjon og rådgiving fra kommunen, men de skal også få mulighet til å delta og medvirke i prosesser som skjer. Det kreves også et utstrakt samarbeid med andre kommuner med aktuelle forskningsmiljø både regionalt og nasjonalt(9). Kommunenes krav om å bistå i forsknings- og utviklingsarbeid er dessuten hjemlet i ny helse- og omsorgstjenestelov.

Hverdagsrehabilitering er basert på kommunens verdier, og må sees som et godt tiltak med tanke på samhandling og nytenkning.

1.4 Andre relevante tiltak og prosjekter

1.4.1 Etablering av koordinerende enhet

Kommunen har en nyopprettet koordinerende enhet innen helse og velferd. Enheten skal bidra til helsefremming/tidlig innsats og et individuelt, målrettet tjenestetilbud. De skal også arbeide for bedre koordinering og samhandling – både med innbyggerne/tjenestemottakerne, eksterne samarbeidspartnere og på tvers av kommunale fag-og tjenesteområder. De fleste forvaltningsoppgaver ligger hovedsakelig her(10).

1.4.2 Folkehelse, arealforvaltning og universell utforming

Malvik kommune har arbeidet systematisk for å møte kravene i ny Lov om Folkehelsearbeid som ble iverksatt 1.januar 2012. LEV VEL er navnet på Malvik kommune sin folkehelsesatsing og er et samarbeidsprosjekt med Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU, fylkesmannen i Sør Trøndelag og Sør Trøndelag fylkeskommune. Malvik er den første kommunen i landet som i 2012 gjennomførte en befolkningsundersøkelse som kartlegger hvilke faktorer som holder innbyggerne friske(11).

Malvik er en ressurskommune innen universell utforming og jobber systematisk for å bedre sammenhengen innenfor helse og arealplanlegging. I den sammenheng er det ansatt en folkehelserådsgiver i 100 % stilling, organisert i virksomhet areal- og samfunnsplannlegging(12).

1.4.3 Interkommunalt samarbeid bl.a. med satsning innen velferdsteknologi

Malvik kommune har gått inn i et interkommunalt samarbeid med Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal i forhold til velferdsteknologi. Prosjektet har fått i oppgave å se på hvordan vi kan prøve ut, samt ta i bruk ny teknologi som kan bidra til at flere får mulighet til å bo hjemme lengre med bedret helse og livskvalitet(13).

1.4.4 Samarbeid med Betania Malvik

Malvik kommune inngikk fra 1.januar 2012 en samarbeidsavtale med Betania Malvik, som er en rehabiliteringsinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten. Avtalen omfatter bruk av rehabiliteringsplasser til innbyggere i kommunen som gjelder 3 dagplasser og 1 døgnplass som skal bidra til økt funksjon og mestring samt være et forbyggende tiltak(6).

1.4.5 Etisk refleksjon

Malvik kommune ble 2010 med i det nasjonale utviklingsprosjektet ”Samarbeid om etisk kompetanseheving” i regi av Kommunenes Sentralforbund(KS). Internt er det gitt opplæring i etisk refleksjon til ti personer fra Malvik sykehjem og hjemmesykepleien og disse fungerer som refleksjonsveiledere på sine arbeidsplasser. Gjennom etisk refleksjon skapes kultur for vekst og utvikling og skaper bevisstgjøring av handling og valg. Det bidrar til å styrke utøvelsen i tjenestene som ytes og dermed bedrer kvaliteten i tjenestene(14).

1.5 Dagens utfordringsbilde

Innen 2040 vil det være dobbelt så mange eldre over 80 i Norge og parallelt vil tilgangen på helsepersonell og frivillige omsorgsytere reduseres. Det betyr at helse- og velferdstjenestene i kommunene vil få langt større utfordringer for å kunne opprettholde dagens tjenestetilbud(2).

Utfordringen til kommunene er å unngå standardpakker og like tjenester for alle når eldre søker om tjenester fra helse og omsorg. Man må forsøke å hindre hjelpefeller som kan føre til passivisering og heller bistå aktuelle brukere til å mestre aktivitet selv(15).

Ved å innføre hverdagsrehabilitering som metode er målet at bruker skal oppleve økt mestring og livskvalitet i sin egen hverdag. På sikt kan hverdagsrehabilitering medføre redusert behov for tjenester fra kommunen og utsette pleiebehovet. Dette gir færre utgifter til pleie og omsorgstjenester(4).

Innføring og implementering av hverdagsrehabilitering i Malvik kommune vil innebære en omstrukturering av de kommunale helse- og omsorgstjenester med nye roller, omlegging av arbeidsmåter og samarbeidsrutiner. Det innebærer en holdnings- og kulturendring fra en pleiekultur til en mestringskultur i tjenestetilbudet i kommunen som samlet kan føre til en mer hensiktsmessig ressursbruk og igjen være en bærekraftig utvikling for å møte framtidens demografiske utfordringer med flere eldre(1).

2.0 Om prosjektet

2.1 Mål og mandat

Malvik kommunes utfordringsbilde er mangeartet og komplisert. Det ble antatt at etablering av hverdagsrehabilitering kunne være et av flere tiltak som gjør det mulig å oppfylle kommunens lovmessige forpliktelser og som vil kunne være et viktig bidrag for å løse dagens utfordringer. I den forbindelse utarbeidet Malvik kommune en søknad til Helsedirektoratet i 2012, og fikk tildelt 300 000 i prosjektmidler.

Mål:

- innhente kompetanse om metodikk og gevinster ved hverdagsrehabilitering både på utøvernivå, ledelsenivå, administrativt og politisk nivå i kommunen.
- etablere nettverk og styrke den innovative tenkingen i helse- og omsorgstjenesten
- utarbeide en prosjektplan for hvordan hverdagsrehabilitering kan innføres i kommunen og innførelse av hverdagsrehabilitering skal utarbeides.

2.1.1 Mandat

Utvikle en prosjektplan for hvordan hverdagsrehabilitering kan innføres i Malvik kommune. Målet er å innføre hverdagsrehabilitering som en tverrfaglig arbeidsmetode for tidlig innsats.

2.2 Prosjektorganisering

Oppdragsgiver: Tone Østvang, kommunalsjef

Medlemmer i styringsgruppa:

- Lise Karin Dybvad, virksomhetsleder Hjemmesykepleien
- Åshild Johansen, virksomhetsleder Helse og aktivitet
- Kari Christensen, folkehelserådgiver
- Eli Trøan, rådgiver Koordinerende enhet

Medlemmer i arbeidsgruppa:

- Helene Haglund, spesialsykepleier i eldreomsorg hjemmesykepleien
- Liv Stamnes, hjelpepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid
- Rannei Sæther, kommunefysioterapeut Helse og aktivitet
- Camilla Knutsen, kommuneergoterapeut Helse og aktivitet. Prosjektleder.

2.3 Prosjektperiode, ressursinnsats, avgrensning og hovedaktiviteter

2.3.1 Prosjektperiode

2.november 2012 – 27.februar 2013(4 mnd)

2.3.2 Ressursinnsats

Prosjektmidler kr. 300 000 fra Helsedirektoratet har blitt brukt til å dekke deler av kostnader vedrørende frikjøp av 1,6 årsverk i 4 måneder, samt til kursing både i inn – og utland.

2.3.3 Avgrensning

Prosjektet ble bergrenset til å gjelde brukere av hjemmesykepleien, og i utgangspunktet brukere som søker bistand for første gang.

2.3.4 Hovedaktiviteter i prosjektperioden

Internt kompetanseheving:

I forkant av prosjektet deltok tre deltakere av arbeidsgruppa på temadag om hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi i regi av Norsk Ergoterapeutforbund.

Arbeidsgruppa startet arbeidet med prosjektet i november 2012 og har jobbet sammen to dager per uke i fire måneder. Det har blitt lest relevante artikler og rapporter, og det er søkt etter litteratur i ulike databaser. Arbeidsgruppa har hatt kontakt med kommunene Bodø, Voss og Verdal som er godt i gang med hverdagsrehabilitering for å høste erfaringer.

Den 4. desember 2012 dro styrings- og arbeidsgruppa til Fredericia kommune i Danmark og deltok på temadag: Længst muligt i eget liv.

11. og 12. februar 2013 deltok to fra arbeidsgruppa, leder (politiker)for helse og velferdsutvalget og driftskoordinator fra hjemmesykepleien på Nasjonal statuskonferanse om hverdagsrehabilitering, arrangert av Faglig Forum.

Oppstartsseminar - felles fundament:

Den 2. november 2012 arrangerte styringsgruppa et heldags oppstartsseminar for hverdagsrehabilitering der lokale og eksterne samarbeidspartnere deltok(53 stk tilstede). Målet for oppstartsseminaret var å gi deltakerne en felles innføring i temaet hverdagsrehabilitering samt tanker rundt en holdnings- og kulturendring innen en organisasjon.

Dialog med styringsgruppa:

Arbeids- og styringsgruppa har hatt møter en gang i måneden i prosjektperioden. På møtene har arbeidsgruppa presentert status i arbeidet med mandatet, og styringsgruppa har kommet med tips og råd i forhold til arbeidet videre. Det er også blitt diskutert rundt aktuelle problemstillinger.

Informasjon:

To personer fra arbeidsgruppa informerte om hverdagsrehabilitering til hjemmesykepleien 27.november 2012. Dette skjedde på personalmøtet som hjemmesykepleien hadde. Grunnleggende informasjon om hverdagsrehabilitering ble presentert.

22.januar 2013 hadde styringsgruppa og prosjektsleder fra arbeidsgruppa møte med rådmannens lederteam. Dette var et informasjonsmøte hvor rådmannens lederteam fikk orientering om prosjektet hverdagsrehabilitering, samt at de fikk mulighet til å komme med innspill i forhold til det videre arbeidet.

Styringsgruppa og representanter fra arbeidsgruppa deltok på møte med politikere fra helse- og velferdsutvalget den 7.februar 2013. Helse- og velferdsutvalget fikk orientering om hverdagsrehabilitering og om prosjektet i Malvik kommune.

Samarbeid med Høgskolen i Sør – Trøndelag(HIST):

I prosjektperioden har arbeidsgruppa hatt 3. års ergoterapistudenter hos seg i prosjektpraksis. De har vært sammen med arbeidsgruppa i perioden 3.januar 2013 til 8.mars 2013. De har hatt kurs i litteratursøking og hatt gjennomgang av kartleggingsverktøyet Canadian Occupational Performance Measure(COPM) for arbeidsgruppa. Studentene har laget en informasjonsbrosjyre om hverdagsrehabilitering som kommunen tenker å bruke når det startes opp med hverdagsrehabilitering, samt hatt to fremlegg om hverdagsrehabilitering for hjemmesykepleien.

3.0 Teori og metode

3.1 Hva er hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabilitering er en tidsbegrenset rehabilitering som har fokus på å mestre dagliglivets aktiviteter. Det som kjennetegner hverdagsrehabilitering er at det må være klare mål og motiverte brukere. Opptreningen skjer på brukerens egen arena, i hjemmet og i nærmiljøet ut fra hvilken aktivitet brukeren ønsker å mestre. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten og gradvis avvikling av opptrening ettersom aktivitetsfunksjonen bedres. Hverdagsrehabilitering kan forbygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium(1).

Hverdagsrehabilitering starter gjerne med spørsmålet: *"Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?"*. For veldig mange handler det om å mestre utfordringer i dagliglivet. Aktivitet er knyttet til identitet, roller og interesser. Hverdagsrehabilitering innbefatter en kombinasjon av trening, teknologiske løsninger, endringer av omgivelser og samarbeid med pårørende. Det skal være brukerstyring, ikke bare medvirkning(1).

Hverdagsrehabilitering er annerledes enn den rehabiliteringen mange kommuner har i dag, som primært er knyttet til ergo- og fysioterapitjenesten. Den skiller seg også fra ordinære pleie- og omsorgstjenester ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukeren har fått en tverrfaglig vurdering av sitt rehabiliteringspotensial(1).



3.2 Hverdagsmestring – tankesett og arbeidsform

Der hverdagsmestring er et grunnleggende, forebyggende og rehabiliterende tankesett er hverdagsrehabilitering arbeidsformen som skapes ut fra dette tankesett. Her skiller man mellom tankesett og arbeidsform(1).

Hverdagsmestring vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Dette innebærer et fokusskifte der man går fra å spørre brukeren hva vedkommende trenger hjelp med til å spørre hva som kan tilrettelegges og opptrenes så bruker mestrer dagliglivet selv. I stedet for å være lengst mulig i eget hjem skal brukeren kunne være lengst mulig aktiv i eget liv(1).

3.3 Erfaringer fra andre land og kommuner

3.3.1 Sverige

Østersund kommune var først ute med hverdagsrehabilitering allerede i 1999. I Sverige benytter de ordet ”hemrehabilitering” som overordnet begrep, og dette omfatter ulike arbeidsformer og tiltak. De har funnet ut at hjemmerehabilitering er lønnsomt i forhold til brukernes livskvalitet, men også for kommunens økonomi(1).

Generelt kan flere kommuner i Sverige vise til gode resultater i forhold til ”hemrehabilitering”. I rapporten fra Socialstyrelsen i Sverige ”Hemrehabilitering för äldre i olika store kommuner”(16) kommer det frem at hemrehabilitering kan vise til gode resultater og besparelser for kommunene(17).

3.3.2 Danmark

Fredericia kommune kan vise til gode resultater, og er den kommunen i Danmark som oftest blir omtalt når det snakkes om hverdagsrehabilitering. De opplever mindre etterspørsel fra de eldre, og at de etterspør færre helsetjenester etter oppstart med hverdagsrehabilitering. Av nye brukere har de funnet ut at ca 1/3 er aktuelle for hverdagsrehabilitering. De beregner ca 2-10 uker i gjennomsnitt på et rehabiliteringsforløp etter hverdagsrehabiliteringsmodellen. Av 404 brukere som har mottatt hverdagsrehabilitering og er avsluttet er:

- 45 % avsluttet uten videre hjelp
- 40 % avsluttet med mindre hjelp
- 15 % avsluttet med samme hjelp som før(18)

I Odense kommune har de gjennomført ”Træning som hjælp”(19). Dansk Sundhedsinstitut har evaluert deres tilbud og tallene viser at 40 % av nye brukere som har etterspurt hjelp til praktisk bistand og/eller personlig pleie har fått tilbud om ”Træning som hjælp”. Av de som er avsluttet er 47 % blitt helt selvhjulpne, og 42 % av disse er over 80 år. De som fremdeles har behov for hjelp etter treningsforløpet, klarer likevel flere oppgaver i hverdagen enn før de

startet. Effekten av ”Trøning som hjølp” forløpet gir er estimert til en årlig besparelse på 30 millioner kroner(17).

Alle kommuner i Danmark bortsett fra en satser nå på hverdagsrehabilitering og flere kommuner kan vise til gode resultater.

3.3.3 Norge

Flere kommuner er godt i gang med hverdagsrehabilitering, og det er mange kommuner som planlegger oppstart. Av de som har startet opp og som har fått mest oppmerksomhet er Voss, Arendal og Bodø. Voss kommune sin ”Vossamodell”(20) startet opp med første bruker i slutten av mai 2012, og utvider nå gradvis. Bodø kommune startet med første bruker i juni 2012, og har siden den gang også utvidet og fått erfaringer fra flere brukere. Arendal kommune har hatt et pilotprosjekt gående ”Hjemmebasert rehabilitering”(21), de kan vise til at 19 av 21 brukere som ble fulgt opp i 3 uker har fått redusert behovet for hjemmetjenester. 4 brukere ble avsluttet helt og 15 har redusert behovet for hjemmesykepleie. De kan vise til økonomiske besparelser for kommunen(17).

3.4 Tilgjengelig forskning

Arbeidsgruppa har foretatt litteratursøk for å prøve å finne forskningsbasert litteratur om hverdagsrehabilitering, men det er lite forskning å finne om hverdagsrehabilitering. Det er søkt i ulike databaser som pubmed, OTseeker, Cinahl, Svemed+ og Medline. Søkeordene som er benyttet er hverdagsrehabilitering, hemrehabilitering, rehabilitering i hjemmet, reablement m.m. Det vi fant var for det meste artikler og rapporter fra kommuner som har prøvd ut hverdagsrehabilitering.

4.0 Hvordan innføre hverdagsrehabilitering i Malvik kommune? Arbeidsgruppas anbefalinger

4.1 Bygge ny kultur - felles tankesett og arbeidsform

For Malvik kommune er hverdagsrehabilitering en ny arbeidsmetode som vil kreve nytt tankesett og bevisstgjøring. Å skape holdningsendring i en innarbeidet arbeidskultur vil kreve målrettet informasjonsarbeid over tid. For å lykkes med holdningsskapende arbeid mener arbeidsgruppa at det er nødvendig med åpenhet, informasjon samt oppløring for å skape innsikt og forståelse for satsningen. Målet er å skape en felles forståelse for hva hverdagsrehabilitering er. Det er viktig at det blir satt av tid til den form for arbeid før oppstart. Informasjon og oppløring må tilpasses ulike målgrupper og gjentas over tid. Målgruppen vil være ansatte, politikere, innbyggere i Malvik kommune, samarbeidspartnere og pårørende, og det blir viktig å skape en arena med mulighet for dialog og refleksjon. Nettverkbygging mot fagmiljøer som HIST, NTNU og spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig med tanke på samhandling, faglig utveksling og forskning på hverdagsrehabilitering.

For å lykkes med innføring av hverdagsrehabilitering anbefaler danske rapporter at politikere og administrativ ledelse har eierskap til de nødvendige endringene og være aktive

pådrivere(22). Det må avsettes nødvendige midler både økonomisk, ledelses- og personalmessig for å gjennomføre prosjektet.

4.2 Forslag til målgruppe og kriterier

4.2.1 Definere utvalg av brukere

Dette er et tilbud til eldre, selv om en nedre aldersgrense ikke er klart definert. I utgangspunktet er hverdagsrehabilitering et tilbud til brukere som søker kommunal helsehjelp/praktisk bistand i hjemmet for første gang.

Hverdagsrehabilitering er en ny arbeidsform, med et forebyggende perspektiv. Vi ønsker å starte med nye brukere som står på vippen til å motta hjelp i hverdagen. Målet er utsette og forkorte behovet for hjelp fra det offentlige.

4.2.2 Kriterier for å få tilbud om hverdagsrehabilitering

- Være motivert til trening
- Ha et rehabiliteringspotensiale
- Delta aktivt i utarbeidelse av mål/plan for hverdagsrehabilitering

4.2.2 Ekskluderingskriterier

- Brukere med kognitiv svikt/demens
- Brukere på institusjon

4.3 Kartlegging - anbefalt metode

Arbeidsgruppa velger å foreslå Canadian Occupational Performance Measure(COPM) som kartleggingsverktøy i prosessen. Grunnen er at COPM er et kartleggingsverktøy som brukes aktivt innen hverdagsrehabilitering og som blir sett på som nyttig og hensiktsmessig for å kunne sette mål og tiltak for å sikre at brukerens egne ønsker blir tatt vare på i utformingen av mål og tiltak(23). Arbeidsgruppa mener at bruk av COPM sikrer brukermedvirkning og er et valid og reliabelt kartleggingsverktøy som egner seg for hverdagsrehabilitering. I samtlige danske rapporter som omhandler hverdagsrehabilitering er COPM benyttet som kartleggingsverktøy(1). Dette gjelder også kommuner i Sverige og i Norge.

COPM er et individualisert kartleggingsverktøy utarbeidet av og for ergoterapeuter. Verktøyet skal fange opp endringer i brukers vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid(24). COPM utføres som et semistrukturert intervju. Hensikten er å avdekke aktuelle aktivitetsproblemer, innhente informasjon om betydning av ulike aktiviteter og få informantens vurdering av utførelse av og tilfredshet med aktivitetsutførelsen. Dette kan danne utgangspunktet for utarbeidelse av mål og plan for rehabiliteringen, og for å kunne evaluere nytte eller effekt underveis og etter endt rehabilitering(25).

Sloth-Egholm(26) konkluderer med at bruk av COPM sikrer at det er brukeren som setter sine egne mål. Data fra hverdagsrehabilitering viser at brukerne hovedsakelig har som mål å klare personlig hygiene og daglig husarbeid selv. De brukerne som kartlegges gjennom COPM for å sette sine egne mål har i gjennomsnitt 7,5 dager(16.9 %) kortere rehabiliteringsforløp enn de som ikke blir kartlagt med COPM.

Det kan være aktuelt å bruke andre tester som supplerings i tillegg til COPM, men dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Suppleringsstestene er konkrete i forhold til å teste styrke, balanse, forflytning og mobilitet og skal brukes i de tilfellene hvor det er aktuelt å trene på disse ferdighetene. Forslag på andre kartleggingsverktøy som er blitt brukt i andre kommuner er:

- ADL – taxonomien kartlegger brukers evne til å utføre aktiviteter, hovedsakelig fysiske aktiviteter. Den omfatter 12 basisaktiviteter innen dagliglivets aktiviteter. Kartleggingsverktøyet er egnet til vurdering av bruker på ulike tidspunkt i treningsforløpet. Kartleggingen utføres som observasjon eller intervju(27).
- Time Up and Go(TUG) brukes for å vurdere balanse, gangfunksjon og mobilitet hos eldre. Personen skal reise seg fra stol, gå 3 meter til punkt og tilbake for å sette seg i stolen. Tiden måles. TUG kan indikere risiko for fall(28).
- Chair-Stand test kan si noe om styrke i underkroppen ved utførelse av en funksjonell bevegelse. Oppgaven går ut på å telle antall ganger personen kan reise seg opp fra en stol i løpet av 30 sekund uten å støtte seg med armene. Testen inneholder i tillegg et balanse aspekt i det personen skal reise seg opp uten støtte(29).
- Bergs Balanseskala kan si noe om evne til balanse og motorisk kontroll i stående og sittende, men måler ikke reaktiv balanse. Bergs Balanseskala kan si noe om hvor stor prosentvis sjans man har for å falle, men den kartlegger ikke de underliggende årsakene til balanseproblemet. Testen kan videre brukes som grunnlag for trening(30).

4.4 Etablering av tverrfaglig team og hjemmetrenere

Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes et tverrfaglig team som arbeider med hverdagsrehabilitering. Dette teamet bør bestå av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og en eller flere fra hjemmesykepleien eller andre yrkesgrupper som tjener formålet. Dette vil sikre at brukeren får bred og faglig oppfølging. På bakgrunn av egen faglig kompetanse og erfaring vil man kunne foreslå løsninger til opptrening.

Hverdagsrehabilitering er en ny arbeidsform som krever motivasjon, kompetanse og gode samarbeidsevner. Arbeidstakers egnethet bør vektlegges i tillegg til yrkeserfaring og relevant kompetanse. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at stillingene utlyses.

Arbeidsgruppa velger å bruke begrepet hjemmetrenere som en felles betegnelse på personalet som aktivt arbeider med opptrening hjemme hos brukeren.

4.4.1 Arbeidsområdene til det tverrfaglige teamet

Et tverrfaglig team vil kunne gi individuell opptrening knyttet til problemstillinger for hver enkelt bruker. Ansvar og rolleavklaring i det tverrfaglige teamet bør være avklart før arbeidet med hverdagsrehabiliteringen starter, da yrkesgruppene har hvert sitt spesialområde i et tverrfaglig team(1). Det vil være avgjørende i hvert enkelt tilfelle når brukerens problematikk og mål er avklart om hvor mye hjelp brukeren skal få av hver yrkesgruppe.

I svenske og danske prosjektrapporter beskrives ergoterapeuter og fysioterapeuter som nøkkelpersoner(motorer) i arbeidsteamet(1). Arbeidsgruppa anbefaler at både fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier bør foreta kartlegging av bruker. Dette innebærer oppfølging, effektmåling og justering av mål og tiltak, samt veilede og bidra til opplæring av andre i teamet. Desto flere som utfører disse oppgavene, jo mindre sårbart er det ved fravær/sykdom i teamet.

Hver enkelt sine arbeidsoppgaver vil være:

- Prosjektleder skal være kontaktperson for hverdagsrehabilitering innad og utad i kommunen. Arbeidsoppgavene til prosjektlederen er å jobbe målrettet med informasjons- og opplæringsarbeid for ansatte, innbyggere i Malvik kommune samt samarbeidspartnere. Andre arbeidsoppgaver vil være å lede det tverrfaglige teamet, lage rutiner, være ansvarlig for det daglige arbeidet, evaluere og dokumentere arbeidet som gjøres. I tillegg vil nettverksarbeid og forskning være sentrale arbeidsoppgaver.
- Fysioterapeut kartlegger brukerens fysiske funksjon og vurderer behovet for bevegelseshjelpemidler og opplæring i bruk av disse. Fysioterapeuten legger til rette for individuell tilpasset trening for den enkelte, og bidrar til innsikt og mestring av egen situasjon hos bruker og pårørende.
- Ergoterapeut kartlegger brukerens ADL-funksjon og aktivitetsnivå med bruk av COPM. Videre er ergoterapeutens ansvar å utføre aktivitetsanalyse, vurdere behovet for tilrettelegging i hjemmet(boligendring, hjelpemidler, velferdsteknologi). En annen viktig arbeidsoppgave er å bidra til innsikt og mestring av egen situasjon hos bruker og pårørende.
- Sykepleierern i teamet skal ha oppfølging for brukerens helse i forhold til medisinske spørsmål der sykepleierens kompetanse er nødvendig. Andre arbeidsoppgaver er å ivareta grunnleggende behov hos bruker, og bidra til trygghet og tillit hos bruker.
- Hjemmetrenerne må også være delaktig i planleggingen fra starten av med hver enkelt bruker fordi de også skal jobbe tett med brukeren og rehabiliterende med fokus på hjelp til selvhjelp.

Disse arbeidsoppgavene er basert på anbefalinger i rapporten ”Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering”(1).

Det er viktig å presisere at alle yrkesgrupper vil delta i hjemmetreningen uavhengig av sitt eget fagområde. Det må legges vekt på å tenke helhetlig, og arbeide for at bruker opplever mestring i eget liv.

4.4.2 Etablering av tverrfaglig team

Arbeidsgruppa ser for seg følgende stillingsressurser for å kunne starte hverdagsrehabilitering:

- Prosjektleder 50 %
- Ergoterapeut 20 %
- Fysioterapeut 20 %
- Sykepleier 40 %
- Hjemmetrenere 40 %

Med de ressurser som er nevnt ovenfor mener arbeidsgruppa at det blir mulig å tilby hverdagsrehabilitering minst tre dager i uka. I oppstarten vil hverdagrehabilitering foregå på dagtid, da dette vil gjøre det lettere å samarbeide når alle har samme arbeidstid. Etter hvert som det tverrfaglige teamet gjør seg erfaringer er det naturlig å se på om tilbudet også kan utvides til å gjelde på kveldsstid. Å starte opp med begrensede ressurser vil bety en forholdsvis liten og oversiktlig arbeidsgruppe. Dette vil gjøre det enklere å innarbeide rutiner og planlegge arbeidet mot brukerne. Dette øker muligheten for å oppnå et vellykket resultat. Å lykkes i oppstartfasen med et nytt prosjekt vil kunne bety at det blir lettere å utvikle og utvide arbeidet med hverdagsrehabilitering på sikt.

Anbefalte stillingsressurser er minimumsberegning som arbeidsgruppa ser kan bli sårbart ved sykdom. Det er derfor viktig å få lært opp personal fra hjemmesykepleien som vikarer.

4.5 Vedtak

Flere svenske og danske kommuner opererer med ulik tidslengde på forløpet i hverdagsrehabilitering. Tiltak og tidsramme må individualiseres avhengig av hvilke funksjoner som skal trenes opp eller aktiviteter som skal fremme (1). Søknad om hverdagsrehabilitering blir behandlet i koordinerende enhet. Etter vurdering om bruker egner seg til hverdagsrehabilitering, henviser de videre til tverrfaglig team.

Arbeidsgruppa anbefaler en tidsbegrensning på vedtak til 6 uker. Når vedtaket er utløpt må brukerens status evalueres og treninga avsluttes eller forlenges om nødvendig. Arbeidsgruppa foreslår ellers at vedtak på hverdagrehabilitering blir fattet med hjemmel jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 første ledd, *Kommunen skal sørge for at personer som opprettholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester*, jfr. § 3-2 første ledd nr 5, *sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*.

Uenighet i vedtak kan klages innen 4 uker etter mottakelse, jfr. Pasient og brukerrettsloven kapittel 7. I henhold til Forvaltningsloven §§ 18 og 19 har bruker som hovedregel rett til innsyn til sakens dokumenter.

4.6 Fase 1: Planleggings- og forberedelsesfase

Periode: 1.april 2012 – 31.august 2013

Arbeidsgruppa anbefaler at en prosjektleder ansettes i 50 % i denne perioden. Formålet i denne perioden er å jobbe med informasjons- og opplæringsarbeid på alle nivå i kommunen samt legge til rette for oppstart i fase 2.

4.7 Fase 2: Iverksette tilbud om hverdagsrehabilitering

Periode: 1.september 2013 – 31.desember 2014.

I fase 2 er det viktig at saksgangen i forhold til henvendelse på hverdagsrehabilitering er på plass. Den fysiske plasseringen til det tverrfaglige teamet skal være avklart og rutiner i forhold til samarbeid i teamet og med andre er utarbeidet. Dette for at teamet skal kunne bruke tilgjengelig tid direkte mot brukeren og det tverrfaglige arbeidet. I denne fasen må det også være rom for å evaluere rutiner etter hvert som teamet gjør seg erfaringer i arbeidet med hverdagsrehabilitering.

Arbeidsgruppa anbefaler at hverdagsrehabilitering som tjeneste gis på hverdager. For å få best effekt av treningen må man arbeide intensivt med brukeren, minst tre ganger i uka da dette gir mer effektiv trening og størst fremgang hos bruker(1). Arbeidsgruppa ser denne måten å arbeide med hverdagsrehabilitering som nødvendig for å sikre et godt resultat. Det vil bli nødvendig at det settes opp en tidsplan med forventet avslutning av trening etter kartlegging og utarbeidelse av mål. Opptreningen tilpasses og justeres i takt med utvikling hos bruker.

4.8 Kompetanseheving

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode som er ny for Malvik kommune. Det er flere måter å øke kompetansen på hos ansatte og innbyggere. Forslag på kompetanseheving vil være informasjon, kurs, temadager, etisk refleksjon og diskusjon.

Arbeidsgruppa ser behov for å arbeide med kompetanseheving på 3 nivå.

1. Opplæring av innbyggere, politikere, administrasjon, brukerutvalget og pensjonistforeninga.
2. Opplæring for ledere og ansatte.
3. Opplæring av de som skal jobbe i det tverrfaglige teamet.

Å utarbeide en konkret opplæringsplan tenker arbeidsgruppa vil ligge til prosjektleder i fase 1.

4.9 Samarbeidspartnere

Når man starter med hverdagsrehabilitering er det flere samarbeidspartnere som blir viktige for å sikre samhandling. Samhandling internt og eksternt vil bli nødvendig for å få en felles forståelse og en felles plattform å arbeide ut i fra. Arbeidsgruppa vil trekke frem de viktigste samarbeidspartnere.

4.9.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet vil bli en viktig samarbeidspartner da de er den instansen som vil motta henvendelser fra innbyggere som søker kommunal helsehjelp/praktisk bistand i hjemmet for første gang. Parallelt har de kommunikasjon med St. Olavs vedrørende utskrivningsklare pasienter, samt forvalter kommunal rehabilitering ved Betania Malvik. Tett dialog mellom koordinerende enhet og hverdagsrehabiliteringsteamet og en felles forståelse for hvilke innbyggere som vil være aktuelle for hverdagsrehabilitering blir viktig for å sikre at riktige innbyggere får tilbud om hverdagsrehabilitering.

4.9.2 Hjemmesykepleien

Hverdagsrehabilitering vil bli en del av hjemmesykepleien og arbeidsgruppa ser det som særdeles viktig med nærhet til hjemmesykepleien. Teamet som skal arbeide med hverdagsrehabilitering må ha tett samarbeid med hjemmesykepleien. For å kunne samarbeide og arbeide målrettet med felles brukere er det nødvendig å etablere faste møtepunkter og samarbeidsrutiner der informasjon og erfaringer kan utveksles.

4.9.3 Fastlege

Innbyggere oppsøker fastlege ved sykdom og funksjonsfall. Fastlegen kjenner ofte sin pasient godt og har derfor mulighet til fange opp innbyggere som kan dra nytte av hverdagsrehabilitering. Ved konsultasjon hos fastlegen kan innbyggere informeres om mulighet til å søke om tilbudet og henvises til koordinerende enhet som fatter vedtak på hverdagsrehabilitering.

4.9.4 Pårørende

Pårørende kan være en ressurs og god samarbeidspartner i arbeidet med hverdagsrehabilitering. Pårørende er nærpersoner man ofte rådfører seg med. Ved å inkludere/samarbeide med pårørende har man mulighet til å gi dem kunnskap og innsikt som kan gjøre det lettere for bruker/innbygger å nå målene sine ved hverdagsrehabilitering. Dette kan være hensiktsmessig tilrettelegging i hjemmet, hjelpemidler eller investering /innkjøp av velferdsteknologi. Pårørende vil ofte delta i å finne gode løsninger, og er motiverende og en støttende partner i treningen.

4.9.5 Aktivitets og kulturarbeiderene

Aktivitet og kulturarbeiderne er blant annet delaktige i arbeide med den kulturelle spaserstokken, helse og trivselskurs for eldre, livsgledebesøk for eldre, støtter oppunder eldres kulturmønstring, middag på bo og servicesentrene, ansvar for dagtilbud for eldre og har en tett dialog med frivillige i kommunen. Gjennom sitt arbeid møter de eldre i kommunen på flere arenaer og blir derfor en viktig ambassadør i arbeidet med å markedsføre hverdagsrehabilitering. De kan fange opp innbyggere som kan dra nytte av hverdagsrehabilitering og formidle informasjon om tilbudet. Visa versa kan ansatte som jobber med hverdagsrehabilitering søke råd til aktivitets og kulturarbeiderene for å få oversikt over aktiviteter brukere kan benytte seg av.

4.9.6 Betania Malvik

Betania er en rehabiliteringsinstitusjon plassert midt i kommunen og Malvik kommune har inngått en samarbeidsavtale med Betania om kommunal rehabilitering. Avtalen omfatter døgn – og dagbaserte tilbud og målgruppen er utskrivningsklare pasienter fra sykehus, hjemmeboende med brått funksjonsfall og personer med kroniske lidelser. Brukere av rehabiliteringsplassene kan være i en overgangsfase der de vipper mot å måtte søke på tjenester fra hjemmesykepleien og gjennom tett dialog med Betania kan en fange opp hverdagsrehabiliteringsbrukere.

4.10 Brukerdokumentasjon

Malvik kommune bruker dokumentasjonsverktøyet Profil. Profil er et digitalt dokumentasjonssystem der ansatte dokumenterer arbeidet som gjøres i forhold til brukerne.

Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes et eget område i Profil som heter ”Hverdagsrehabilitering”. Det vil bidra til at det er godt synlig, ryddig og lett tilgjengelig for alle som har tilgang til Profil, og det vil kunne brukes fortløpende av ansatte hele døgnet.

Det vil være nødvendig og oppdatere status og framdrift hos bruker kontinuerlig, slik at samarbeidspartnere som hjemmesykepleien, ergo/fysioterapeuter og koordinerende enhet kan innhente informasjon når de trenger det. I tillegg vil god dokumentasjon sikre kvalitet i arbeidet med brukeren.

4.11 Samarbeid med relevante forskningsmiljø

Arbeidsgruppa ser det som interessant å se på muligheten for å etablere et formelt samarbeid med relevante forskningsmiljø allerede ved oppstart av hverdagsrehabilitering, da det finnes lite tilgjengelig forskning i Norge på området. Formålet med dette er å kunne evaluere og måle effekt både for enkeltpersoner og for organisasjonen Malvik kommune (f.eks sykefravær). Det er også ønskelig å se på muligheten for å søke forskningsmidler knyttet til hverdagsrehabilitering. Dette vil trolig være av interesse både for innbyggerne, internt for læring og kunnskapsdeling og for andre samarbeidspartnere.

5.0 Oppsummering

Målet med prosjektet var å se på hvordan hverdagsrehabilitering kan innføres og implementeres i Malvik kommune. Arbeidsgruppas anbefaling er basert på Malviks fremtidige utfordringer og erfaringer fra andre kommuner som arbeider med hverdagsrehabilitering. For å sikre et vellykket resultat er et grundig forarbeid essensielt, noe som vil gi gode forutsetninger for oppstart. For Malvik kommune er hverdagsrehabilitering en arbeidsmetode som krever nytt tankesett, og dette vil kreve en holdningsendring. For å lykkes mener arbeidsgruppa at det er nødvendig med åpenhet, informasjon samt opplæring på alle nivå for å skape innsikt og forståelse for satsningen.

Målet på sikt er å implementere hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som tankegang inn i hele kommunen.

Litteraturliste

1. Ness N E, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaag L, Butli H
Prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i Norge(2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
2. NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
3. Stortingsmelding 47(2008-09): Samhandlingsreformen, *rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
4. Laberg, T og Ness, N E (2012): *Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.
5. Thynes, E M(2012): *Hva er hverdagsrehabilitering?* Ergoterapeuten nr 1, 2012.
6. Årsrapport Malvik kommune 2011; <http://www.malvik.kommune.no/arsrapport-2011-malvik-kommune.5063038.html>
7. Film om Malvik kommune; <http://www.malvik.kommune.no/se-filmen-om-malvik-og-last-den-ned-her.4991369-174491.html>
8. Brosjyre Bo, jobbe og leve; <http://www.malvik.kommune.no/brosjyre-bo-jobbe-og-leve-i-malvik-kommune.5059410.html>
9. Kommuneplanens samfunnsdel 2010 – 2021;
<http://www.malvik.kommune.no/styringsdokumenter.172997.no.html>
10. Koordinerende enhet; <http://www.malvik.kommune.no/koordinering-og-utviklingsteamet-innen-helse-og-velferd.5001014.html>
11. LEV VEL; <http://www.malvik.kommune.no/malvik-kommune-foerst-i-norge-med-lev-vel-folkehelseundersokelse.5047629-228307.html>
12. Folkehelseråd giver; <http://www.malvik.kommune.no/ny-folkehelselov-og-folkehelseraadgiver.4941119.html>
13. Velferdsteknologi;
<http://www.malvik.kommune.no/velferdsteknologi.253393.no.html>
14. Etisk refleksjon; <http://www.ks.no/PageFiles/21726/Invitasjonløpendeopptak.pdf>
15. Andresen, T(2012): *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker*. Ergoterapeuten nr 1 2012

16. Gustafsson U, Gunnarsson B, Sjøstrand Å B, Grahn, B(2012): *Hemrehabilitering för äldre i olika store kommune*. FOU rapport, Sosialstyrelsen.
17. Antonsen, L (2012): *Innsatsteam – ”Aktiv i eget liv”*. Prosjektrapport Verdal kommune.
18. Kjellberg P K, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen L T(2012): *Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008 – 2010*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.
19. Kjellberg, P K(2012): *Træning som hjælp*. KORA, København.
20. Hauglum, S (2006): *”Vossamodellen” – kvardagsrehabilitering på Voss*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.
21. Hegge, K(2012): *Rehabilitering på rett sted*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.
22. Helsedirektoratet(2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. En undersøkelse av Rambøl
23. Kjekken I, Sand-Svartrud A L (2012): *The Canadian Occupational Performance measure brukt i rehabilitering*. Ergoterapeuten nr 1, 2012.
24. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N (2005): *Canadian Occupational Performance Measure(Manual)*. 4ed. CAOT Publications ACE.
25. Zetterberg A, Hagby C(2011): *Hvordan kan ergoterapeuten fremme brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen?* Ergoterapeuten nr 1, 2011.
26. Sloth-Egholm A(2011): *Giver borgernes bestemmelse af eget mål for rehabiliteringen højere effekt i hjemmeplejen?* Masteroppgave.
27. ADL – Taxonomien; <http://www.netf.no/layout/set/print/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Redskap/Vurderingsredskap-A-B>
28. Podsiadlo D, Richardson S(1991): *The Timed Up and Go - A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons*. Journal of the American Geriatrics Society 1991 39.
29. Rikli, R E, Jones, C J (2004): *Senior Fitness Test. Fysisk formåen hos ældre. Manual og referanseverdier*. Bearbejdet til dansk af Nina Beyer. FADL` s Forlag, København.
30. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Maki, B(2004): *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Bergs balanseskala*. Oversatt til norsk av J.Helbostad, A. Bergland og T. Askim i 2004.

